

MÉMOIRE DU DIPLÔME UNIVERSITAIRE DE
VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
UNIVERSITÉ PARIS 8

Delphine GIRAUD Sage-Femme coordinatrice

**ÉVALUATION DU PARCOURS DE SOINS
DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES CONJUGALES
DANS UNE MAISON DES FEMMES HOSPITALIÈRE**

**Étude rétrospective à la maison des femmes de
La Pitié Salpêtrière
Assistance Publique des Hôpitaux de Paris**

Responsables Formation :

Alexandre LUNEL - Édouard DURAND - Ernestine RONAI - Annie GARCIA

Année 2023-2024

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Alexandre Lunel, Edouard Durand, Ernestine Ronai et Annie Garcia pour la qualité des enseignements transmis au sein de ce Diplôme Universitaire, ainsi que pour leur engagement contre les violences faites aux femmes.

Je remercie Annie Garcia et Ernestine Ronai pour leurs conseils dans l'élaboration du plan de ce mémoire.

Je remercie également Professeur Marc Dommergues, chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, pour son aide et accompagnement dans l'élaboration de la méthodologie de l'étude et le rendu des résultats.

Je remercie Docteure Sophie Duchesne, Gynécologue Obstétricienne et Médecin Légiste à la maison des femmes de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, pour ses pertinents conseils.

Je remercie enfin le Département Médico Universitaire « Origyne » et Valérie Nicolas, cadre supérieure sage-femme de la maternité de La Pitié Salpêtrière, de m'avoir permis de suivre cette formation.

ABRÉVIATIONS

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AJ : Aide Juridictionnelle

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CASAVIA : Centre d'Accueil en SANTé sexuelle et de lutte contre les Violences à l'Assistance publique des hôpitaux de paris

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CIDFF : Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles

CIMADE : Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués

CMP : Centre Médico Psychologique

CRIP : Centre de Recueil des Informations Préoccupantes

HAFB : Halte Aide aux Femmes Battues

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MDF : Maison Des Femmes

MIG : Mission Intérêt Générale

MIPROF : Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

OMS : Organisation Mondiale Santé

OP : Ordonnance de Protection

OVFF : Observatoire des Violences Faites aux Femmes

PAV : Paris Aide aux Victimes

PEPS : Protection de l'Enfance et Pédiatrie Sociale

PSL : Pitié Salpêtrière

SDF : Sans Domicile Fixe

SOPK : Syndrome des Ovaires Poly Kystiques

RSA : Revenu de Solidarité Active

TGD : Téléphone Grave Danger

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSPT : Trouble Stress Post Traumatique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
1- ÉTAT DE LA QUESTION EN MATIÈRE DE VIOLENCES CONJUGALES	9
1-1- Généralités	9
1-1-1- Statistiques	9
1-1-2- Formes de violences	10
1-1-3- Cycle des violences	11
1-1-4- Stratégie de l'agresseur	12
1-2- Conséquences	13
1-2-1- Conséquences économiques et sociales	13
1-2-2- Conséquences en termes de santé mentale et somatique chez la victime et les enfants co-victimes	13
1-3- Actions mises en place	15
1-3-1- Législation	15
1-3-2- Organisation sur le territoire	16
1-3-3- Ouverture de maisons des femmes hospitalières	17
2- ÉTUDE A LA MAISON DES FEMMES DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE	20
2-1- Objectifs	20
2-1-1- Objectif principal	20
2-1-2- Objectifs secondaires	20
2-2- Patientes et méthodes	20
2-2-1- Etude rétrospective	20
2-2-2- Variables en rapport avec les caractéristiques des patientes	21
2-2-3- Caractéristiques des violences conjugales	22
2-2-4- Besoins évalués avec la patiente	22
2-2-5- Description du parcours de soins	23

2-3- Résultats	24
2-3-1- Adressage	24
2-3-2- Caractéristiques des patientes	24
2-3-3- Caractéristiques des violences conjugales	30
2-3-4- Besoins évalués avec la patiente	33
2-3-5- Description du parcours de soins	35
2-3-6- Pourcentage des besoins couverts	39
3- DISCUSSION – PERSPECTIVES	43
3-1- Principaux résultats de cet audit	43
3-2- Les éléments qui fonctionnent / force de l'étude	45
3-3- Les difficultés / faiblesses	46
3-4- Littérature	48
3-5- Proposition amélioration pratiques professionnelles	48
CONCLUSION	51
SOURCES – BIBLIOGRAPHIE	52
TABLE DES MATIÈRES	55
ANNEXES	57

INTRODUCTION

En 2019, le Grenelle des violences conjugales est parti d'un constat et d'une prise de conscience collective alarmante : une femme meurt sous les coups de son conjoint tous les deux jours. Quelques années auparavant, le mouvement #MeeToo, lancé par l'affaire Weinstein qui avait ébranlé le monde du cinéma américain, a permis une libération de la parole des femmes victimes et participé à ce début de prise de conscience. Depuis, devant la médiatisation d'affaires similaires touchant tout type de milieu (sport, cinéma français, littérature, monde politique, religieux ...), ce mouvement international ne s'éteint pas. Dans un rapport établi en 2013, sur des données recueillies pour 81 pays, la Docteure Margaret Chan, alors directrice générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), écrivait : « Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente ».

Si nous nous intéressons davantage aux violences au sein du couple, que pouvons-nous en dire ? Il s'agit d'une atteinte volontaire à l'intégrité de l'autre. Ce n'est pas un conflit, mais un abus de pouvoir dans une relation de couple, où l'un des partenaires utilise un rapport de force pour contrôler l'autre. C'est un acte d'appropriation de l'autre, où la victime n'est plus reconnue comme une personne. Elle est réduite à un corps, un objet.¹ L'emprise, mise en place par l'auteur des violences, entraîne chez la victime un conditionnement dont il est difficile de se dégager. La société a donc un rôle majeur pour libérer les victimes de ces situations de violence punies par la loi.

Débuté en 2019, le Grenelle des violences a permis de réunir autour de la table de nombreux acteurs issus de tout milieu : politiques (ministre, parlementaire, élus locaux), usagers (famille et proches de victimes), travailleurs sociaux, professionnels de la justice, de la santé, forces de l'ordre, associations..., avec un objectif, prendre des engagements concrets et collectifs autour de trois piliers :

- Prévenir
- Protéger et prendre en charge
- Punir pour mieux protéger ²

Dans l'esprit de ce Grenelle, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en juin 2019 des premières recommandations à destination des professionnels de santé intitulées « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » avec la mise en place d'une recommandation de dépistage systématique des violences en consultation.³

Dans une même dynamique, la Mission Interministérielle pour la PROtection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a œuvré dans la

¹ Cours donné par Edouard Durand le 25 Mars 2023 sur « Les violences faites aux femmes Présentation de la problématique » - DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

² Un Grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales – Gouvernement Septembre 2019

³ Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Recommandation de bonne pratique – Haute Autorité de Santé – Juin 2019

formation et l'accompagnement des professionnels de santé pour la rédaction de certificats médicaux : la femme victime de violences, lorsqu'elle engage des démarches judiciaires, a en effet besoin de fournir des éléments probants pour faire valoir ses droits et obtenir une mesure de protection. C'est pourquoi, les professionnels de santé doivent pouvoir établir à la demande de la femme victime un certificat ou une attestation. Cela entraîne des besoins en formation et en accompagnement dont il est essentiel, pour améliorer les parcours de soins, de pouvoir répondre⁴.

De plus, on a vu ces dernières années, de nombreux diplômes universitaires en victimologie s'ouvrir aux professionnels de santé, afin de répondre à ces besoins de formation.

D'un point de vue législatif, des réformes ont permis de mieux cibler la problématique et notamment la réforme de l'article 226-14 du code pénal du 30 juillet 2020 portant sur la levée du secret médical dans certaines situations de violences conjugales graves, où l'emprise enferme les victimes dans le silence et la résignation, les empêchant de révéler les faits qu'elles subissent. Ainsi, lorsqu'une victime de violences conjugales se trouve en situation de danger immédiat et sous emprise, le professionnel de santé peut désormais déroger à son obligation de secret⁵.

De même, l'article 222-33-2-1 du code pénal du 30 juillet 2020, permet de reconnaître à présent, les victimes subissant du harcèlement conjugal grave, pouvant aller jusqu'au suicide forcé⁶.

Dans la continuité des réflexions suite au Grenelle des violences conjugales, le Ministère des Solidarités et de la Santé a déployé en Janvier 2021, une Mission d'Intérêt Général (MIG) visant à financer des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, au sein de structures hospitalières⁷. Dispositifs appelés également maisons des femmes hospitalières. L'hôpital est en effet un lieu-clé pour la prise en charge de ces femmes, en premier lieu dans les services d'urgence et les services de gynécologie obstétriques.⁸ La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes de Mars 2024 rappelle que parmi les femmes déclarant avoir été victimes de violences au sein du couple en 2021, 33% avaient consultés une psychiatre ou psychologue⁹.

Les maisons des femmes hospitalières, dont la structure pilote a été créée en 2016 à l'hôpital Delafontaine de Saint Denis, permettent une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle dans un lieu unique, avec pour objectif principal, de mieux coordonner la prise en charge des femmes victimes de violences. Elles assurent des prises en charge

⁴ Les écrits professionnels : modèles de certificats médicaux et attestations – Gouvernement – 2020

⁵ Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal – 30 juillet 2020 - Ministère de la justice en partenariat avec la haute autorité de santé et le conseil national de l'Ordre des médecins

⁶ Article 222-33-2-1 du Code Pénal portant sur le harcèlement moral

⁷ Appel à projet – Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences – Avril 2021 – Agence Régionale de Santé (ARS)

⁸ La Prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation – Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) – Mai 2017

⁹ Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes – N°19 – Mars 2024 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2022

spécialisées visant à répondre aux besoins de soins somatiques et psychiques des femmes, tout en prenant compte la dimension d'accompagnement social et juridique.

La maison des femmes de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière (Paris 13), appelée aussi Centre d'Accueil en SANTé sexuelle et de lutte contre les Violences à l'Assistance publique des hôpitaux de paris (CASAVIA), est un secteur du service de Gynécologie Obstétrique de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière. Elle assure 2 activités :

- Une activité de santé sexuelle, créée en 2012, assurant des soins de contraception, de dépistage, d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), et des interventions de prévention à la vie affective et sexuelle. Ce type de centre était anciennement appelé « centre de planification familiale »
- Une activité de lutte contre les violences, débutée en 2021

Concernant l'activité de lutte contre les violences, 162 nouvelles femmes ont intégré le parcours de prise en soins dans le centre en 2021, 335 en 2022, et 196 en 2023. Cette baisse d'activité est liée à des enjeux de personnel.

En 2023, plus de la moitié de ces femmes ont été reçue pour violences conjugales (n=110, 56%). Les autres contextes de violences pour lesquels les femmes ont été reçues étaient répartis ainsi : 19% pour violences sexuelles (en dehors d'une relation conjugale passée ou actuelle), 14% pour violences intrafamiliales (en dehors du contexte conjugal), 7% pour violences migratoires (au cours d'un parcours migratoire) et 4% pour d'autres contextes (travail, scolaire...).

On constate que ce parcours de prise en charge des femmes victimes de violences, débuté depuis 3 ans, fonctionne, dans le sens où des femmes sont accueillies et où un parcours de soins pluridisciplinaire adapté à chaque situation est mis en place.

Evaluer l'efficacité de la prise en charge, la capacité du dispositif à répondre aux besoins des patientes, reste cependant un élément pour lequel nous n'avons pas encore su répondre : le parcours de soin proposé aux femmes victimes de violences conjugales à la maison des femmes de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, répond-il aux besoins exprimés par les patientes ?

Y-a-t-il des différences de satisfactions en fonction des situations ? Y-a-t-il des domaines d'action où les réponses aux besoins exprimés sont insuffisantes ? La durée de la prise en charge est-elle un facteur impactant la satisfaction des patientes ?

C'est pour évaluer chacune de ces hypothèses, que nous avons réalisé une étude rétrospective, à partir de l'analyse des dossiers des femmes ayant consulté à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière (CASAVIA) pour violences conjugales, du 13 octobre 2022 au 31 janvier 2023.

Afin de bien resituer le contexte, nous allons dans un premier temps, présenter un état de la question en matière de violences conjugales. Puis, nous nous intéresserons à l'étude réalisée à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière. Enfin, nous analyserons les résultats de cette étude, afin d'initier une réflexion sur d'éventuelles propositions d'amélioration de pratiques professionnelles.

1- ÉTAT DE LA QUESTION EN MATIÈRE DE VIOLENCES CONJUGALES

1-1- Généralités

1-1-1- Statistiques

- Nationales

La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes publiée en mars 2024 rappelle qu'en 2022, 118 femmes sont décédées à la suite de violences conjugales, soit un féminicide tous les 3 jours. Les femmes représentent 81% des victimes de féminicides ou homicides au sein du couple.

267 femmes ont été victimes de tentative de féminicide par son (ex-) conjoint. Les forces de sécurité ont enregistrées près de 240 000 femmes victimes de violences commises par leur (ex) partenaire (plus 14% par rapport à 2021). Sur 37 800 personnes condamnées en 2022 pour des violences au sein du couple, 94% était des hommes.

Seule 1 femme sur 7 (15%) victime de violences au sein du couple déclare avoir déposé plainte.

En 2022, 12 enfants ont été tués dans un contexte de violences au sein du couple. Les services de police et de gendarmerie ont enregistré 759 victimes majeures ayant tenté de se suicider ou s'étant suicidées suite au harcèlement de leur conjoint, contre 684 en 2021 et 229 en 2020.

Depuis 2017, les faits de violences au sein du couple enregistrés ont augmentés de 106%, ils ont donc plus que doublé. Les faits relevant du crime (viols, autres) ont quant à eux triplés (+ 204%). Cette hausse des victimes enregistrées peut être attribuée aux mouvements sur les réseaux sociaux (comme #Mee Too) ayant entraîné une prise de conscience et une libération de la parole des victimes.

Graphique 1. Nombre annuel de décès liés aux violences au sein du couple, 2006-2022.



SOURCE : Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple, année 2022, Délégation aux victimes, ministère de l'Intérieur et des Outre-mer

- Ile de France

La région Ile de France est la plus concernée par les morts violentes au sein du couple, comme le précise l'étude nationale sur les morts violentes au sein du couple de 2022¹⁰: 19 victimes de morts violentes au sein du couple ont été comptabilisées en 2022.

A Paris, l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes indique, dans son Etat des lieux de 2022¹¹, que 6 494 faits de violences conjugales ont été enregistrés par les services de police, soit une augmentation de 20% par rapport à 2021. 17 255 femmes ont été reçues/accompagnées par 29 associations. 912 femmes ont été reçues dans les 3 structures de maisons des femmes hospitalières parisiennes. 1 500 femmes ont été reçues à l'Unité Médico Judiciaire de l'hôpital Hôtel Dieu. 112 plaintes ont été prises à l'hôpital. Concernant la justice, 1 623 procédures pour violences conjugales ont été répertoriées.

1-1-2- Formes de violences

Les violences peuvent se présenter sous différentes formes¹²:

- Psychologiques (dont verbales)

Elles débutent le plus souvent par des violences psychologiques à type de dévalorisation, humiliation, harcèlements, contrôle, associées à des violences verbales, qui peuvent être aussi bien des cris, que des silences ou encore des insultes ou menaces.

L'objectif étant d'instaurer un climat de peur et de mettre la victime sous emprise.

- Sexuelles

S'en suivent généralement la phase des violences sexuelles. L'agresseur décide des relations sexuelles, aussi bien du type de rapports sexuels que de quand ces rapports ont lieu. Ces prises de décision ont lieu aussi pour le choix de la contraception ou pour la poursuite ou non d'une grossesse.

- Administratives et économiques

Les violences administratives peuvent se présenter sous la forme de privation de papier d'identité par exemple, carte de séjour, carte vitale ou encore diplôme, empêchant l'accès au droit.

Les violences économiques peuvent se présenter sous la forme de vol de moyen de paiement, mais aussi par le contrôle des dépenses, la non contribution aux charges, l'interdiction de travailler. Ces violences ont pour conséquences l'endettement de la victime.

¹⁰ Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2022 – Ministère de l'intérieur et des outre-mer

¹¹ Observatoire Parisien des Violences faites aux Femmes – Etat des lieux 2022

¹² Cours donné par Ernestine Ronai le 25 mars 2023 – DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

- Cyber violence

Le contrôle des outils numériques, comme les paiements en ligne, les réseaux sociaux ou encore la géolocalisation sur le téléphone portable, sont aussi une autre forme de violences, avec des conséquences sur la santé mentale des victimes. Poster des photos sur internet mettant à mal la victime, est un autre exemple de cyber violence. Les victimes sont dévalorisées et dépossédées : monsieur sait tout, contrôle tout.

- Physiques

Les violences physiques débutent une fois qu'un climat de contrôle, de par les violences citées auparavant, s'est installé. Elles peuvent aller de la gifle à la bousculade, en passant par des jets d'objets, mais aussi se présenter par des coups, des brûlures, des mutilations, séquestrations, strangulations, tentative de meurtre etc...

- Violences vicariantes

Ces violences visent à faire souffrir les enfants pour atteindre la mère. Des violences extrêmes qui peuvent débiter avant même la naissance.

1-1-3- Cycle des violences

Dans un couple où il existe des violences conjugales, un cycle pouvant s'accélérer avec le temps se met en place. Ce cycle explique pourquoi les victimes restent ou retournent avec l'auteur malgré ce qu'elles subissent. Il explique aussi pourquoi parfois les victimes retirent leur plainte : elles ne sont pas ambivalentes, elles sont sous emprise.

En début de relation, l'auteur va essayer de fasciner l'autre, capter sa confiance, pour l'enfermer dans une relation toxique. Il va par la suite la dévaloriser tout en lui disant des phrases du type « je t'aime comme personne ». Cela va avoir pour conséquences une perte de l'estime de soi pour la victime, et petit à petit, l'installation d'une dépendance affective. La victime va en effet tout faire pour ne pas lui déplaire. La relation d'emprise se met en place. Parallèlement, via des menaces, des intimidations, des excès colérique, un « climat de tension » s'installe. La victime a peur de faire des erreurs, fait attention à ses propres gestes et paroles, doute, s'inquiète.

La phase suivante est la phase d'agression, d'« explosion de la violence », quel-que-soit la forme : physique, sexuelle, verbale... La victime ne comprend pas cet excès de violence, ne l'explique pas. Elle se sent humiliée et honteuse.

La « justification » est la phase qui suit l'agression. L'auteur se déresponsabilise, justifie son agression, la minimise, accuse la victime. La victime se sent alors responsable des violences, culpabilise, pardonne. On parle d'inversion de la culpabilité.

La phase de rémission appelée aussi « lune de miel », est la phase où l'auteur va reconquérir la victime. Il promet de ne pas recommencer, demande pardon, parle de thérapie et/ou de suicide... La victime lui donne une nouvelle chance, l'aide, pense que cet épisode de violence est le dernier.

La répétition de ce cycle épuise la victime qui n'a plus les moyens d'être lucide par rapport à la situation. Un dépistage rapide des violences permet à la victime de prendre conscience de la situation, d'être accompagnée pour pouvoir sortir de ce cycle.



1-1-4- Stratégie de l'agresseur ¹³

On retrouve chez les auteurs de violences une stratégie semblable.

L'auteur va d'abord choisir sa victime, il sait reconnaître les vulnérabilités. Il va la mettre en confiance et se montrer charmant.

Il va par la suite l'isoler de tout réseau social. Elle ne pourra pas alors avoir le regard d'un tiers pour lui faire prendre conscience de ce qu'elle vit, ni demander de l'aide en cas de besoin. Elle devient dépendante.

Vient ensuite la période de dévalorisation, d'humiliation. A force de dénigrement répétés, la victime perd confiance en elle et ses capacités de résistance diminuent.

¹³ Cours donné par Emmanuelle Piet le 22 avril 2023 – DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

Il installe un climat de peur voire de terreur par la menace et l'intensité des violences.

Par ce climat de peur, il impose le silence en se présentant comme tout puissant et en menaçant la victime. Par exemple, il peut dire « si tu vas à la police, ils ne te croiront pas », ou bien « ils placeront les enfants », ou encore « ils te renverront au pays ».

Il inverse la culpabilité, il se déresponsabilise. On peut entendre des propos du type « elle m'a provoqué », ou bien « elle n'a pas dit non », ou encore « elle souhaitait que je fasse cela ».

Il recrute des alliés pour assurer son impunité.

Pour déjouer cette stratégie et aider la victime, il faut faire l'inverse de ce qu'a cherché à mettre en place l'agresseur : l'aider à reprendre contact avec des amis, à s'entourer de personnes bienveillantes, la revaloriser, la féliciter, l'encourager pour tout ce qu'elle entreprend, lui rappeler la loi et s'assurer qu'elle est en sécurité.

1-2- Conséquences

1-2-1- Conséquences économiques et sociales¹⁴

D'un point de vue économique et social, les conséquences des violences se traduisent par des situations de précarité et d'exclusion : difficultés financières, d'hébergement et de logement, isolement, difficultés administratives (obtention ou renouvellement de titre de séjour pour les femmes étrangères victimes de violences), d'insertion professionnelle ...

1-2-2- Conséquences en termes de santé mentale et somatique chez la victime et les enfants co-victimes

- Conséquences santé mentale : ¹⁵

Les victimes de violences conjugales sont exposées à des conséquences traumatiques avec de lourdes répercussion sur leur santé pouvant représenter un risque vital (dépression, risque suicidaire, addictions, troubles du sommeil, troubles alimentaires...). Les violences à l'origine d'un stress extrême imposent la mise en place de mécanisme neurobiologiques exceptionnels de sauvegarde (disjonction) et sont à l'origine d'une mémoire traumatique et d'une dissociation avec anesthésie émotionnelle et physique. La conduite des victimes peut apparaître paradoxale et déroutante. Il s'agit pourtant de réactions normales à des situations anormales que sont les violences. Ces symptômes servent l'agresseur et desservent la victime, la rendant ainsi encore plus vulnérable. Après la dépression, l'addiction est le deuxième trouble co morbide de ces états de psycho traumatismes. L'alcool, les médicaments sont souvent pour les victimes des tentatives de réponses pour lutter contre l'état de stress permanent engendré par les violences conjugales.

¹⁴ Les répercussions des violences conjugales – Les services de l'Etat dans le Gers – Préfet du Gers – Décembre 2023

¹⁵ Cours donné par Muriel Salmona le 21 avril 2023 portant sur Les conséquences psycho traumatiques des violences sexistes et sexuelles – DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

- Conséquences santé somatique : ¹⁶

Les violences peuvent avoir de graves conséquences sur la santé somatique des femmes.

En termes de troubles physiques, on peut noter des blessures, des brûlures, des traumatismes crâniens, des fractures.

D'un point de vu gynécologique et obstétrical, on note des conséquences en termes de grossesses non désirées, IVG, complications obstétricales (prématurité, retard de croissance intra utérin), Infections Sexuellement Transmissibles (IST), cancers.

Les femmes victimes de violences développent plus de pathologies chroniques à type de cancer, maladies cardio-vasculaires ...

Ces pathologies peuvent être à l'origine de pronostic vital engagé, outre le féminicide et ont des conséquences en termes de coût pour le système de soins¹⁷.

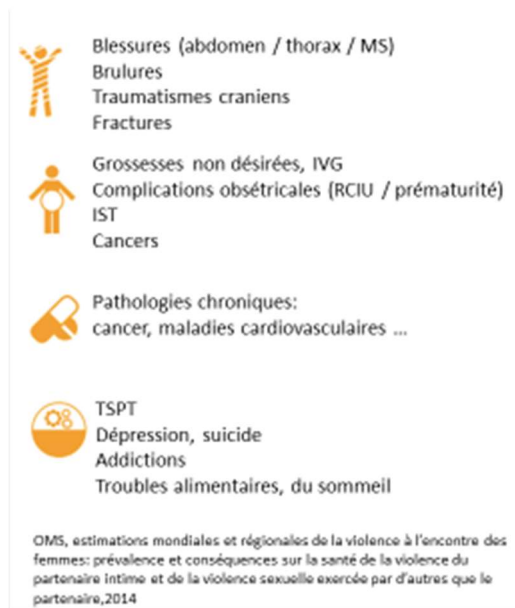
- Conséquences sur la santé des enfants ¹⁸

Si le couple a des enfants, ces violences ont également des conséquences sur leurs santé. Les symptômes des enfants dans ce contexte sont multiples et non spécifiques : dépression, pleurs à répétition, agressivité, hyper agitation, trouble du sommeil, troubles alimentaires, plaintes somatiques etc... Encore une fois, l'urgence est de dépister rapidement les situations de violences, car le premier traitement de ces symptômes est de sortir l'enfant des violences : de le protéger lui, ainsi que sa mère.

¹⁶ Violences à l'encontre des femmes – Organisation Mondiale de la Santé – Mars 2021

¹⁷ Evaluation économique des violences conjugales en France – Santé Publique 2010/4 (Vol. 22), pages 405 à 416 – Sept 2010

¹⁸ Cours donné le 23 février 2024 par Dr Rappaport sur La Prise en charge des enfants co-victimes - DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8



Conséquences des Violences sur la santé

1-3- Actions mises en place

1-3-1- Législation

- L'Ordonnance de Protection ¹⁹

Créée en 2010, l'ordonnance de protection est délivrée par le juge aux affaires familiales. Elle permet une décision par laquelle le juge interdit au conjoint ou partenaire violent de contacter ou d'approcher la victime. L'ordonnance de protection peut être délivrée en urgence, même sans dépôt de plainte. Le non-respect des mesures imposées dans l'ordonnance de protection constitue un délit puni de 2 ans d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

- Le Bracelet Anti Rapprochement ²⁰

Mise en place depuis décembre 2019, le bracelet anti rapprochement est un dispositif de surveillance électronique qui permet de géo localiser une personne à protéger et un auteur réel ou présumé de violences conjugales. Si l'auteur pénètre dans la zone interdite, la victime sera prévenue et mise en sécurité par les forces de l'ordre.

¹⁹ Ordonnance de protection – L'essentiel – Ministère de la justice – Nov 2023

²⁰ Violences Conjugales – Service-Public.fr – Janvier 2024

- Le Téléphone Grave Danger ²¹

Mis en place depuis 2009 dans le département de la Seine Saint Denis, le téléphone grave danger est un téléphone portable disposant d'une touche raccourci préprogrammée spécifique, permettant à la victime de joindre en cas de grave danger un service de téléassistance accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Cette plateforme téléphonique est chargée de recevoir les appels et d'évaluer la situation : après la levée de doute, le téléassiste demande immédiatement l'intervention des forces de l'ordre.

- Mesure d'Accompagnement Protégé ²²

Testé sur les départements de la Seine Saint Denis depuis 2012, puis de Paris depuis 2018, ce dispositif prévoit un accompagnement de l'enfant ou des enfants, par un professionnel formé aux violences conjugales, depuis le domicile du parent victime (lieu de résidence des enfants) jusqu'au domicile du parent agresseur ou au lieu dans lequel s'exerce la visite médiatisée. A l'issue du droit de visite, le tiers de confiance ramène les enfants chez le parent ayant la garde.

1-3-2- Organisation sur le territoire : création des Observatoires des Violences Faites aux Femmes ²³

Le premier Observatoire territorial des Violences Faites aux Femmes (OVFF) a été créé en 2002 à Saint Denis. Actuellement, on compte sur le territoire 42 observatoires, qui peuvent être régionaux, départementaux, municipaux ou rattachés à une communauté d'agglomération. Ces observatoires peuvent être à l'origine d'une initiative associative ou d'une délégation de droit des femmes. Leurs existences et financements sont essentiels pour mettre en place un travail de partenariat étroit avec l'ensemble des acteurs de terrain provenant de différents secteurs : justice, police, santé, social et associatif. Pour que ces partenariats fonctionnent, il faut pouvoir travailler en confiance, en mettant chaque partenaire au même niveau d'égalité, afin que les échanges soient fluides. Il faut également une vraie implication des acteurs et un engagement fort des institutions.

Les missions d'un observatoire sont les suivantes :

- Rendre visible l'ampleur des violences et les ressources possibles
- Repérer les dysfonctionnements pour adapter ou mettre en place une politique publique, en expérimentant des dispositifs nouveaux

L'observatoire s'organise autour d'une équipe permanente qui programme des comités de pilotage permettant aux partenaires de se retrouver et d'échanger. Des groupes de travail sont organisés à la suite de ces comités en fonctions des problématiques soulevées.

²¹ Téléphone Grave Danger - Guide du dispositif de télé protection des personnes en grave danger – Ministère de la justice, de l'intérieur, des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

²² La Mesure d'Accompagnement Protégé – Droit Direct

²³ Cours donné par Ernestine Ronai le 16 Décembre 2023 portant sur « Les Observatoires territoriaux » - DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

Prévoir des formations entre partenaires permet d'avoir une culture commune et de mieux se comprendre, ce qui facilite la mutualisation des bonnes pratiques.

La journée internationale du droit des femmes du 8 mars, la journée internationale de lutte contre les violences faites aux femmes du 25 novembre, la journée internationale de lutte contre les mutilations sexuelles féminines du 6 février sont des temps importants, notamment pour la formation continue des professionnels, mais aussi pour aller à la rencontre de la population et sensibiliser à ce sujet sous différentes formes : cinéma, débat, théâtre ...

Enfin, les observatoires peuvent permettre la réalisation d'études afin d'objectiver les violences et de produire des plaquettes informatives pédagogiques.

1-3-3- Ouverture de maisons des femmes hospitalières

Pour rappel, à la suite du grenelle des violences, les maisons des femmes hospitalières, dont la structure pilote a été créée en 2016 à l'hôpital Delafontaine de Saint Denis, permettent une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle dans un lieu unique, avec pour objectif principal, de mieux coordonner la prise en charge des femmes victimes de violences. Elles assurent des prises en charge spécialisées, visant à répondre aux besoins de soins somatiques et psychiques des femmes, tout en prenant compte la dimension d'accompagnement social et juridique.

Organisation du parcours « violence » à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière :

La coordination de la prise en soin de chaque patiente est assurée par un référent médical (médecin ou sage-femme) qui reçoit régulièrement la patiente : fréquence adaptée à chaque situation (souvent de manière plus rapprochée au début de la prise en charge). Ces consultations permettent d'évaluer la demande de la patiente, ses besoins au fur et à mesure du parcours de soins et d'assurer son suivi médical et gynécologique en cas de besoins, soit par le référent médical lui-même, soit en dirigeant la patiente vers un spécialiste si nécessaire.

Le parcours de soin est co-construit avec la personne : la femme victime doit être en effet l'actrice principale de sa sortie du système de violence. L'équipe du centre est là pour l'accompagner et la soutenir, quelles que soient ses choix, sans décider pour elle.

Lors de situations dramatiques, où la vie de la personne peut être en jeu, un signalement au procureur, discuté en équipe, peut être réalisé en informant la patiente.

Le parcours violence au sein du centre peut comprendre :

- Des consultations, entretiens individuels en santé mentale avec un psychiatre, psychologue ou Conseillère Conjugale et Familiale (CCF)
- Des consultations en santé somatique avec médecin généraliste, gynécologue obstétricien, sage-femme, sexologue
- Des entretiens avec une travailleuse sociale pour répondre aux conséquences socioéconomiques des violences : droits sociaux, logement, insertion professionnelle, liens avec les travailleurs sociaux de proximité etc...

- Des entretiens avec des juristes : permanences hebdomadaires dans le centre assurées par deux associations, Paris Aide aux Victimes (PAV) et Centre d'Information des Droits des Femmes et des Familles (CIDFF)
- Une rencontre avec un officier de police présent dans les locaux une fois par semaine permettant notamment un dépôt de plainte sur place
- Des ateliers thérapeutiques psycho corporels collectifs et individuels qui permettent de favoriser les interactions sociales et de restaurer l'estime de soi. Il est proposé dans le centre de façon hebdomadaire des ateliers yoga, karaté, danse, socio esthétique et estime de soi

La structure ne pouvant plus répondre à la demande de plus en plus importante, une réflexion en équipe a abouti en 2022 à une réorganisation de l'inclusion des patientes dans le parcours violence :

- Seules les personnes majeures sont incluses dans le parcours violence. Les mineures sont orientées dans le service de Protection de l'Enfance et Pédiatrie Sociale (PEPS) de l'hôpital Trousseau dans le 12^{ème} arrondissement de Paris (APHP)
- Seules les femmes habitant dans Paris intramuros (75) sont incluses. Les femmes domiciliées en dehors de Paris sont orientées dans les autres maisons des femmes : Kremlin Bicêtre, Saint Denis, Versailles, Longjumeau etc... Des exceptions sont bien entendu possibles, notamment les femmes orientées par des services de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, où elles sont suivies pour une pathologie chronique qui nécessite des consultations régulières au sein de l'hôpital par exemple, ou encore les femmes travaillant à proximité de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière et qui sont déjà amenées, de par leur travail, à faire le transport. Parfois, il nous arrive aussi, de prendre en charge des patientes n'habitant pas à Paris, mais qui préfèrent aller consulter loin de chez elles pour ne pas être reconnues
- La plus-value du centre étant la coordination d'actions multiples, seules les femmes ayant des besoins dans au moins deux domaines parmi les quatre suivants : soins somatiques, soins psychiques, accompagnement social, actions juridique et policière, sont incluses. Des orientations sont réfléchies au cas par cas pour les femmes ne répondant pas à ce critère
- Provisoirement, les femmes présentant une pathologie psychiatrique chronique non équilibrée, nécessitant une prise en charge spécifique, ne peuvent intégrer le parcours violence du fait de l'absence de professionnel spécialisé dans ce type de soins dans le centre. Une orientation est organisée dans ce cas, notamment vers les Centres Médico Psychologiques (CMP)

Les violences pour lesquelles les femmes victimes viennent consulter peuvent être actuelles ou passées.

Pour les victimes souhaitant consulter dans le centre ou pour les professionnels souhaitant adresser une victime dans le centre, les collègues de l'accueil leur transmettent une fiche de liaison à remplir. Cette fiche est alors lue par un médecin ou une sage-femme, afin d'évaluer si l'organisation du parcours de soins violence proposée dans le centre répond à la demande. Si oui, un rendez-vous d'accueil, réalisé par une travailleuse sociale ou une CCF, est programmé. Ce rendez-vous permet d'évaluer la demande de la patiente, ses besoins, ses ressources (notamment suivi par des professionnels déjà mis en place) ainsi que la dangerosité

de la situation. Un staff hebdomadaire en équipe permet de discuter de ces dossiers et de valider l'inclusion ou non, de la patiente dans le circuit violence. Ces staffs permettent également d'échanger sur des dossiers qui pourraient poser problème. Dans le cas de la validation de l'inclusion de la patiente dans le parcours violence, un rendez-vous avec un médecin ou une sage-femme est organisé. Ce professionnel deviendra le référent médical de la patiente et coordonnera sa prise en charge.

En cas de situation jugée urgente, du fait de la dangerosité du contexte, des créneaux d'urgence sont bloqués dans le planning de consultations des médecins ou sages-femmes afin de répondre du mieux possible à ces situations. Le centre n'est malgré tout pas un service d'urgence. En cas d'urgence réelle, la patiente est orientée dans le service d'urgences générales de l'hôpital. De même, le centre est ouvert en journée, du lundi au vendredi, de 9h à 17h. En dehors de ces horaires d'ouverture, les patientes sont orientées aux urgences générales de l'hôpital.

Tous les professionnels exerçant dans le centre ont suivi une formation portant sur les violences conjugales.

Voir ANNEXE : Flyer du centre CASAVIA

Cette première partie nous a permis de situer le contexte. Nous allons à présent nous intéresser à l'étude réalisée à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière.

2- ÉTUDE A LA MAISON DES FEMMES DE LA PITIÉ SALPÊTRIÈRE

2-1- Objectifs

2-1-1- Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la capacité de notre structure à répondre aux besoins exprimés par les femmes victimes de violences conjugales, entrant dans le parcours de soins de la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière.

Pour cela, le pourcentage de besoins, exprimés par une patiente, auxquels une réponse a pu être apportée, a été calculé.

2-1-2- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déterminer pour chaque type de besoin exprimé, la capacité de la structure à y répondre au moins en partie. Pour cela, pour chaque type de besoin, le pourcentage de patientes dont le besoin avait été au moins en partie traité a été calculé.
- Décrire les patientes consultant à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière pour violences conjugales, les caractéristiques des violences et des auteurs, les besoins exprimés par les patientes au début de leur parcours, ainsi que les actions réalisées pendant les 6 premiers mois du parcours de soins.

2-2- Patientes et méthodes

2-2-1- Etude rétrospective

Une étude rétrospective, à partir de l'analyse des dossiers des femmes ayant consulté à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière (CASAVIA) pour violences conjugales, du 13 octobre 2022 au 31 janvier 2023, a été menée.

Pendant cette période : 31 femmes ont consulté pour violence conjugale, 27 pour violence sexuelle (en dehors d'une relation conjugale passée ou actuelle), 11 pour violences intrafamiliales (en dehors du contexte conjugal) et 7 pour violences migratoires (au cours d'un parcours migratoire).

Sur les 31 femmes ayant consulté pour violences conjugales, 2 n'ont finalement pas été incluses dans le parcours de prise en charge : une car elle déménageait très prochainement dans l'Hérault (34) et une autre pour absence de besoin de prise en charge multi disciplinaire: les 29 autres forment notre population d'étude.

Les observations ont été remplies de façon standardisée, ce qui a facilité la caractérisation des personnes, du type de violences, de l'auteur des violences. Les actions entreprises ont été enregistrées de façon prospective dans l'observation. Les besoins ont été caractérisés à la lecture de l'observation. Un besoin a été considéré comme satisfait quand il a pu recevoir une réponse, même partielle. Ainsi, un besoin psychique a été considéré comme satisfait au moins

en partie quand une consultation spécialisée a eu lieu. De même pour un besoin somatique ou juridique par exemple.

Les données ont été traitées de façon anonyme, sans partage de la base de données hospitalière avec des tiers.

Les variables suivantes ont été recueillies :

2-2-2- Variables en rapport avec les caractéristiques des patientes

- Origine de l'adressage

- Service hospitalier Pitié Salpêtrière
- Autre service hospitalier
- Professionnel de santé libéral
- Association spécialisée
- Police
- Service social hors hospitalier
- Patiente elle-même

- Données démographiques :

- Age
- Nationalité
- Revenus propres
 - Travail
 - Allocations
 - Retraite
 - Aucun
- Revenus autres
 - Conjoint
 - Famille
 - Les 2 : conjoint et famille
- Activité principale
 - Travail temps plein
 - Travail temps partiel
 - Étudiante
 - Travail et étude
 - Femme au foyer
 - Sans
- Département du lieu de vie
- Logement
 - Logement personnel
 - Vit chez un tiers apparenté (dont conjoint)
 - Vit chez un tiers non apparenté
 - Vit dans un foyer
 - Vit au Samu social
 - Sans Domicile Fixe (SDF)
- Statut marital
 - Mariée
 - Concubinage
 - Pacs

- Célibataire
 - Relation sans vie commune
- Nombre d'enfants à charge

- Facteurs de vulnérabilité

- Handicap
- Grossesse
- Emprise
- Isolement
- Étrangère (de nationalité autre que française)
- Maladie somatique : obésité et maladie chronique
- Maladie psychique (dont addiction)
- Précarité économique

2-2-3- Caractéristiques des violences conjugales

- Violences conjugales actuelles ou passées

- Type de violences

- Physique
- Psychologique
- Sexuelle
- Économique
- Administrative

- Critère de gravité concernant l'auteur des violences:

- Addiction
- Détention d'une arme
- Tentative de strangulation
- Antécédent judiciaire
- Menaces de mort
- Menaces de suicide

Pour définir les facteurs de vulnérabilité des victimes et les critères de gravité concernant l'agresseur, nous nous sommes inspirés de la grille d'évaluation du danger lors d'une audition pour violences conjugales, proposée en novembre 2019 par le centre hubertine auclert (Ile de France)²⁴

2-2-4- Besoins évalués avec la patiente

Les besoins, définis en collaboration avec la patiente, sont notés par la professionnelle référente de la patiente en conclusion du premier entretien, avec parfois un ajustement lors du deuxième entretien. Dans l'analyse de cette étude, les besoins exprimés ont été classés comme suit :

²⁴ Grille d'évaluation du danger lors d'une audition pour violences conjugales – Centre Hubertine Auclert – Ile de France - Novembre 2019

- Besoins en soins somatiques
- Besoins en soins psychiques
- Besoins entretien juriste
- Besoins de dépôt de plainte auprès de la police
- Besoins concernant le logement
- Besoins d'ouverture des droits à l'assurance santé
- Besoins d'aide à l'insertion professionnelle
- Besoins d'obtention d'aides financières (allocations...)
- Besoins d'aide concernant les enfants

2-2-5- Description du parcours de soins

Toutes les actions entreprises dans notre centre ont été décrites, entre l'inclusion (première visite) et :

- soit la sortie du parcours, si celle-ci a eu lieu avant 6 mois (fin de parcours décidé en commun avec la patiente et la professionnelle, ou patiente perdue de vue).
- soit à la première visite de suivi ayant lieu 6 mois après l'inclusion dans le parcours.

Les actions suivantes ont été notées:

- Certificat médical, signalement au procureur, Information Préoccupante (IP) au Centre de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), mise en place d'un traitement médical, mise en place d'une Ordonnance de Protection (OP), mise en place d'un Téléphone Grave Danger (TGD), mise en place d'une Aide Juridictionnelle (AJ), plainte déposée, mise en place assurance santé, réponse à la problématique du logement
- Consultation en santé somatique (médecin généraliste, gynécologue obstétricien, sage-femme, sexologue)
- Consultation en santé psychique (psychologue, psychiatre, CCF)
- Entretien avec travailleuse sociale
- Entretien avec juriste
- Entretiens avec policier
- Participation aux ateliers thérapeutiques
- Orientations (CMP, prise en charge enfants, urgences générales, ...)

Pour tenter de décrire de façon synthétique l'intensité du parcours, le nombre d'actions entreprises a été compté pour chaque patiente. La distribution des durées du parcours a également été analysée.

2-3- Résultats

2-3-1- Adressage

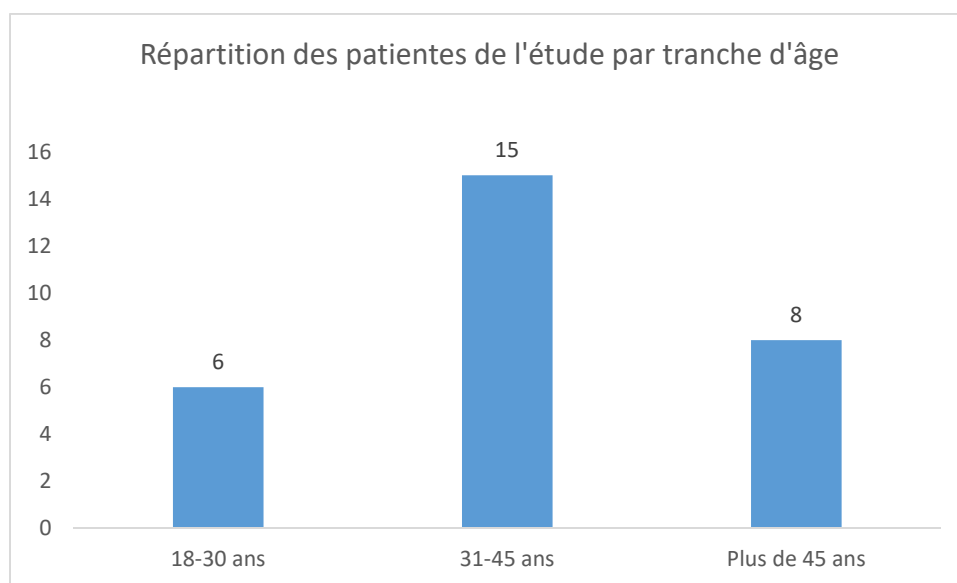
Sur les 29 dossiers étudiés, 12 patientes (41%) ont été adressées dans notre centre par des associations spécialisées, 6 (21%) par des services hospitaliers de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, 4 (14%) par des services sociaux non hospitalier, 3 (10%) par d'autres services hospitaliers en dehors de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, 3 (10%) se sont présentées d'elles-mêmes et 1 (3%) a été adressée par un professionnel de santé libéral.

2-3-2- Caractéristiques des patientes

- Age

L'âge des patientes de notre étude est compris entre 19 et 71 ans avec une moyenne de 40,4 ans et une médiane de 38,5 ans.

La répartition des âges des patientes de notre étude est représentée par l'histogramme qui suit :



- Nationalité

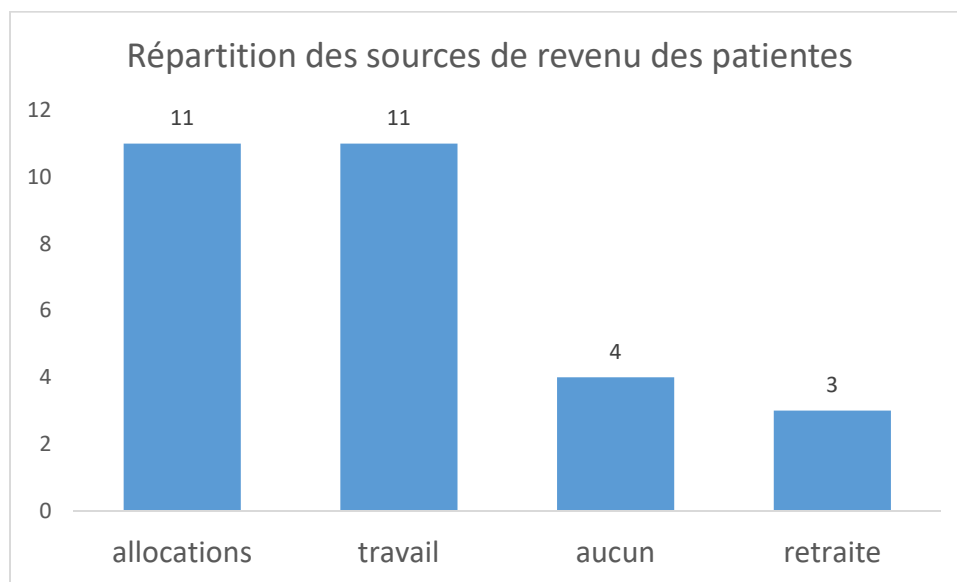
17 patientes (59%) de notre étude, soit plus de la moitié des patientes de notre étude sont de nationalité française. 10 autres nationalités sont représentées dans notre études : 2 sont de nationalité algérienne, 2 sont maliennes, 1 est péruvienne, 1 américaine, 1 danoise, 1 de irakienne, 1 malgache, 1 tunisienne, 1 congolaise et 1 ivoirienne.

- Revenus propres

Dans notre étude, 11 patientes (38%) ont des revenus propres du fait qu'elles travaillent. De même, 11 patientes (38%) ont des revenus propres du fait qu'elles touchent une ou des allocations (chômage, Revenu de Solidarité Active : RSA, Caisse d'Allocation Familiale :

CAF, AAH : Allocation aux Adultes Handicapés ...). 3 patientes (10%) ont des revenus propres du fait qu'elle touche une pension retraite. 4 patientes (14%) n'ont pas de revenu propre.

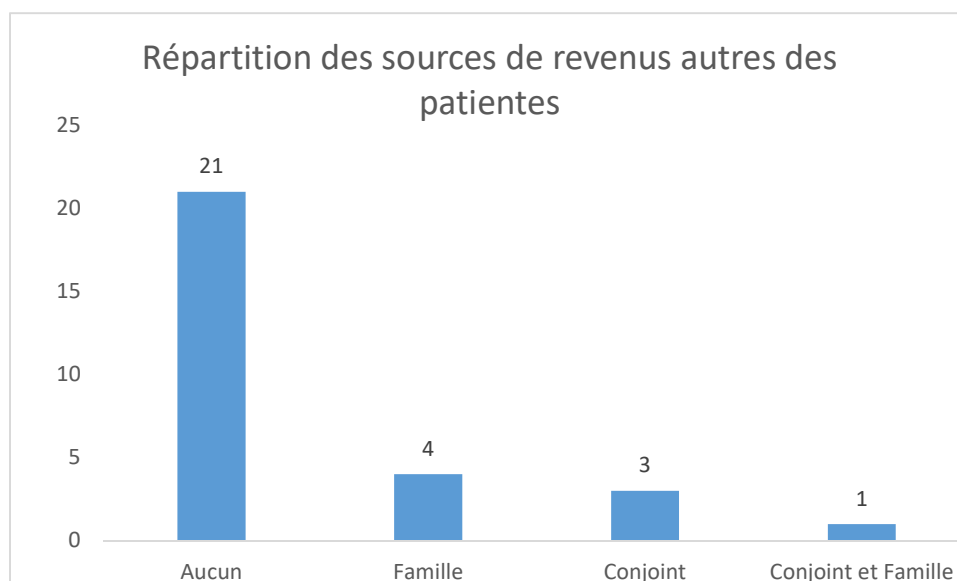
La répartition des patientes selon leurs revenus propres est représentée par l'histogramme suivant :



- Revenus autres

Dans notre étude, 21 patientes (72%) n'ont pas de revenu autre que leur propre revenu, 4 (14%) perçoivent des revenus de leur famille, 3 (10%) perçoivent des revenus de leur conjoint, et 1 (3%) perçoit des revenus de sa famille et de son conjoint.

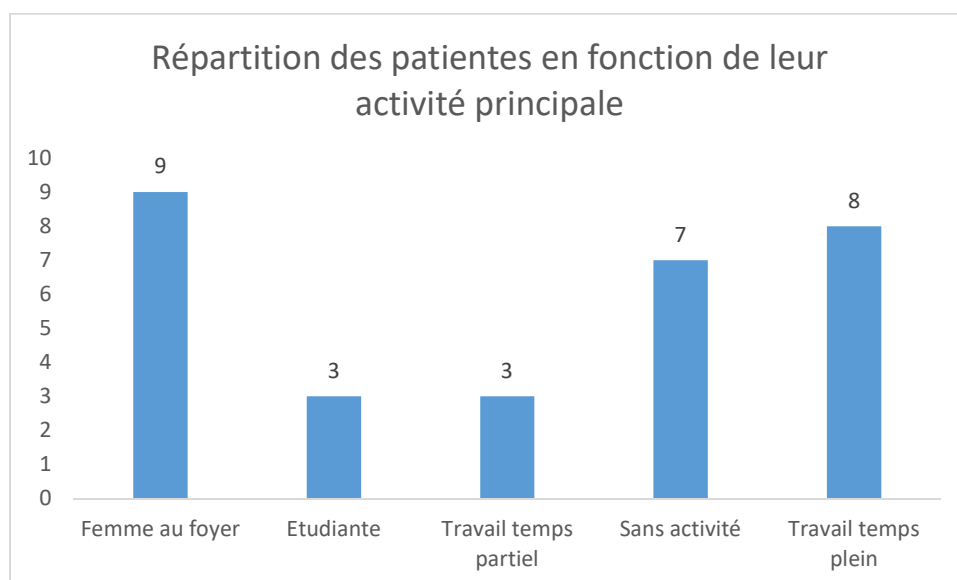
La répartition des patientes selon les revenus, autres que leur propre revenu, qu'elles peuvent percevoir, est représentée par l'histogramme suivant :



- Activité principale

Dans notre étude, 8 patientes (28%) travaillent à temps plein, 8 (28%) sont « au foyer » (en charge de la gestion du foyer : surveillance et éducation des enfants, entretien du logement, courses, cuisine...), 7 (24%) sont sans activité, 3 (10%) sont étudiantes, et 3 (10%) travaillent à temps partiel.

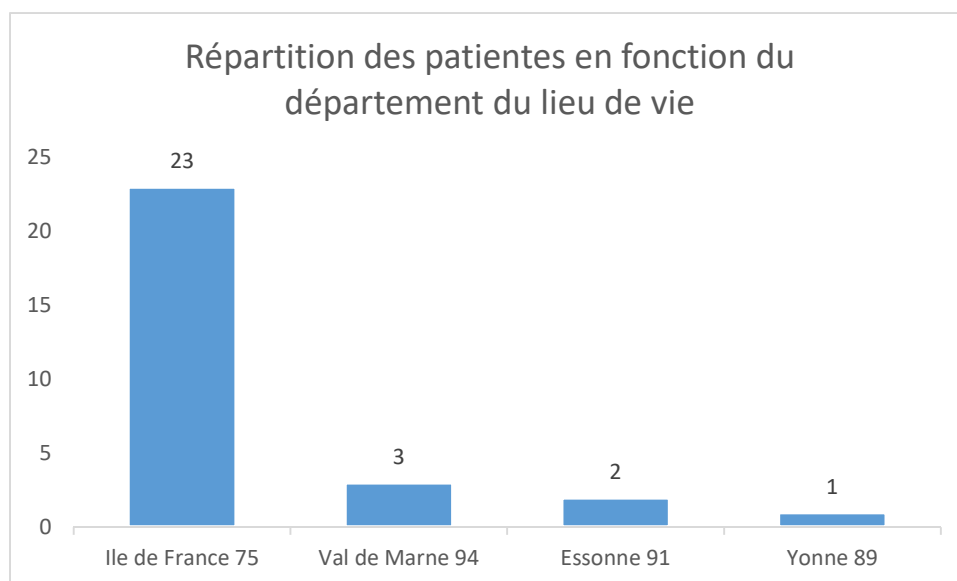
La répartition des patientes selon leur activité est représentée par l'histogramme suivant :



- Département du lieu de vie

Dans notre étude, 23 patientes (79%) vivent à Paris intra-muros (75), ce qui représente la majorité de notre population d'étude, 3 (10%) vivent dans le Val de Marne (94), 2 (7%) vivent dans l'Essonne, et 1 (3%) vit dans l'Yonne (89).

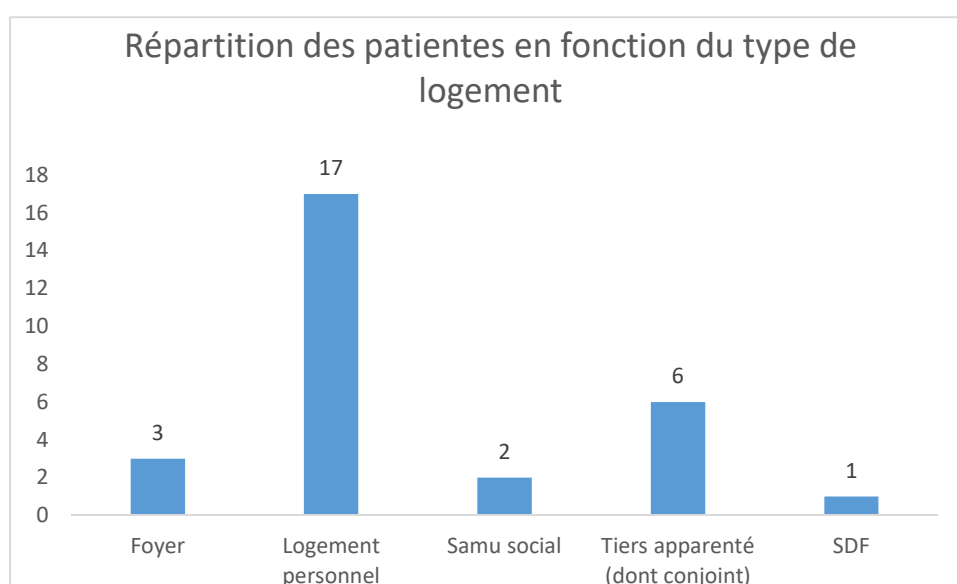
La répartition des patientes selon leur département de lieu de vie est représentée par l'histogramme suivant :



- Logement

Dans notre étude, 17 patientes (59%) vivent dans leur propre logement (qu'elles peuvent partager avec leur conjoint), ce qui représente plus de la moitié de notre population d'étude. 6 patientes (21%) de notre étude vivent chez un tiers apparenté (dont conjoint), 3 (10%) vivent dans un foyer (étudiant ou foyer maternel), 2 (7%) vivent au Samu social, et 1 (3%) est SDF.

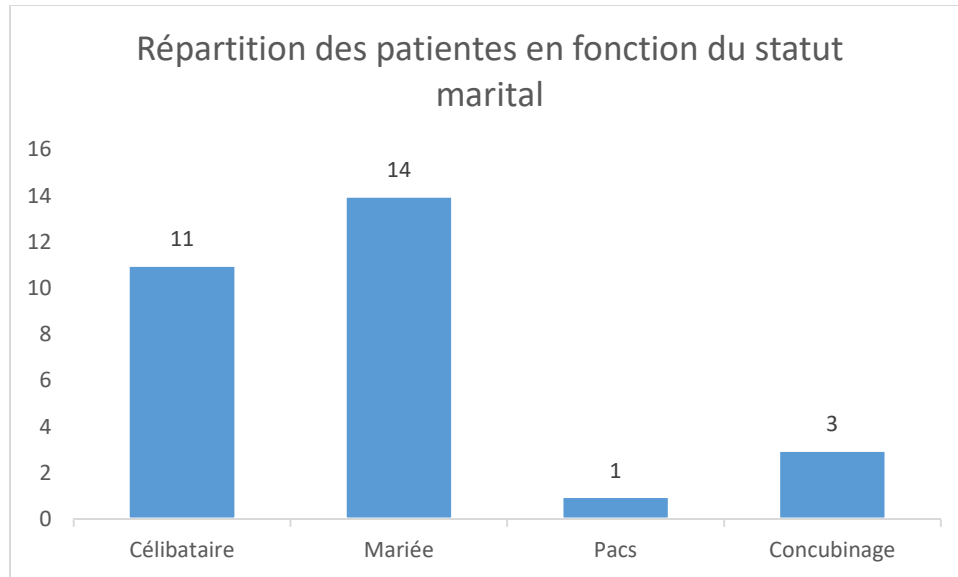
La répartition des patientes selon leur type de logement est représentée par l'histogramme suivant :



- Statut marital

Dans notre étude, 14 patientes (48%) sont mariées, ce qui représente près de la moitié des dossiers étudiés, 11 (38%) sont célibataires, 3 (10%) vivent en concubinage, et 1 (3%) est pacsée.

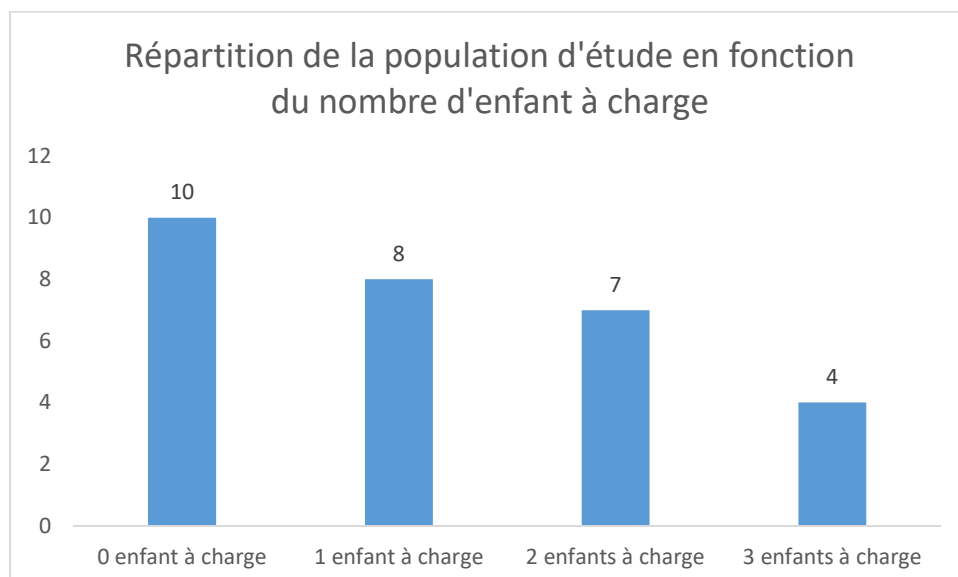
La répartition des patientes selon leur statut marital est représentée par l'histogramme suivant :



- Nombre d'enfants à charge

Dix patientes (34%) de notre étude n'ont pas d'enfant à charge, ce qui représente environ un tiers des dossiers étudiés. 8 patientes (28%) ont 1 enfant à charge, 7 (24%) ont 2 enfants à charge, et 4 (14%) ont 3 enfants à charge.

La répartition des patientes selon le nombre d'enfants à charge est représentée par l'histogramme suivant :



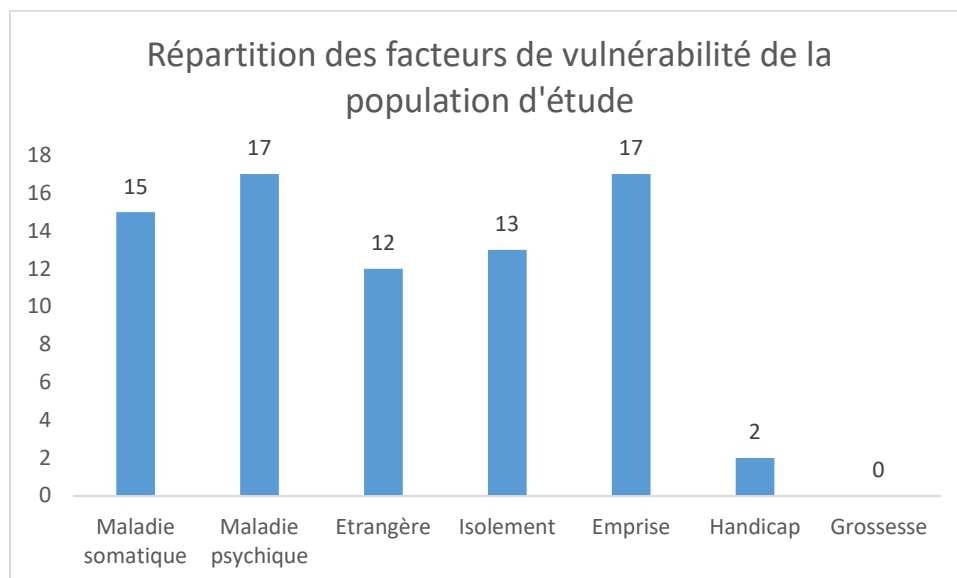
- Vulnérabilité

Dix-sept patientes (59%) de notre étude présentent une maladie psychique, ce qui représente plus de la moitié des dossiers étudiés. Les maladies psychiques relevées sont les suivantes : troubles anxio-dépressifs incluant les tentatives de suicides dans 6 cas (35%), trouble de la conduite alimentaire et notamment anorexie dans 5 cas (29%), trouble de la conduite alimentaire et notamment boulimie dans 2 cas (12%), addiction tabac dans 4 cas (26%), addiction alcool dans 2 cas (12%), trouble de stress post traumatique dans 2 cas (12%), Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) dans 2 cas (12%), troubles du sommeil dans 1 cas (3%), actes auto agressifs (scarifications) dans 1 cas (3%).

Quinze patientes (52%) de notre étude présentent une maladie somatique chronique, ce qui représente plus de la moitié de notre population d'étude. Les maladies somatiques relevées sont les suivantes : obésité, endométriose, cancer du sein, hypertension artérielle, infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), Syndrome des Ovaries Poly Kystiques (SOPK), épilepsie, diabète de type 2, maladie gastro-entérologique, autogreffe fémorale suite à un accident professionnel, discopathie dégénérative, asthme sévère, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), Parkinson, hypothyroïdie, trouble de la vision (déficience visuelle sévère).

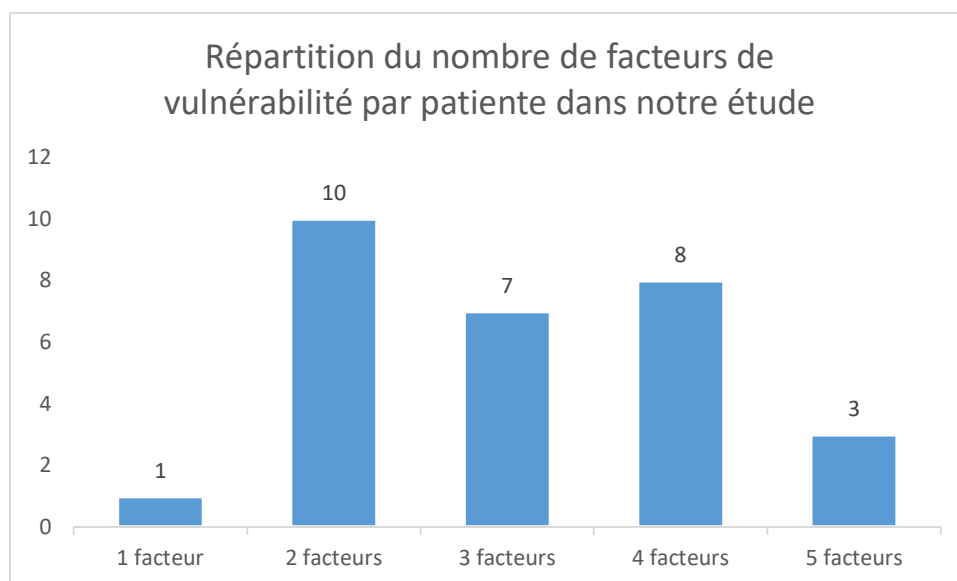
Dix-sept patientes (59%) de notre étude ont été évaluées comme étant sous emprise de leur conjoint violent, ce qui représente plus de la moitié des dossiers étudiés, 13 patientes (45%) ont été évaluées comme étant isolées, ce qui représente près de la moitié des dossiers étudiés, 12 patientes (41%) sont de nationalité étrangère, 6 patientes (21%) ont été évaluées comme étant dans une situation de précarité économique, 2 patientes (7%) sont reconnues comme handicapées. Aucune patiente de notre étude n'est enceinte.

La répartition des facteurs de vulnérabilité des patientes incluses dans notre étude est représentée par l'histogramme suivant :



Sur les 8 facteurs de vulnérabilité étudiés (maladie psychique, maladie somatique, emprise, isolement, nationalité étrangère, précarité économique, handicap, grossesse), le plus souvent, les patientes de notre étude présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité : 1 patiente (3%) présente 1 facteur, 10 patientes (34%) présentent 2 facteurs, 7 patientes (24%) présentent 3 facteurs, 8 patientes (28%) présentent 4 facteurs et 3 patientes (10%) présentent 5 facteurs.

La répartition du nombre de facteurs de vulnérabilité par patiente est représentée par l'histogramme suivant :



2-3-3- Caractéristiques des violences conjugales

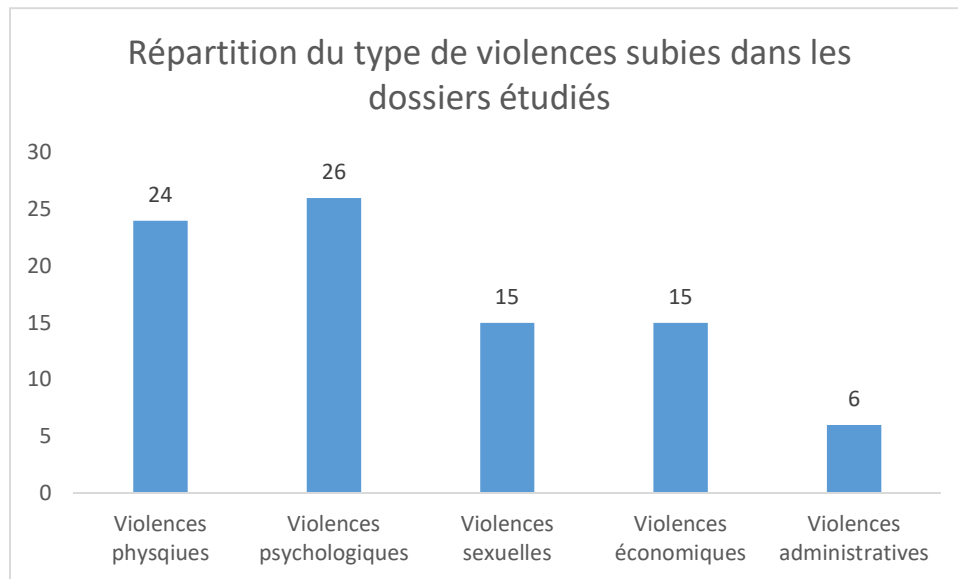
- Violences actuelles ou passées

Vingt-trois femmes (79%) de notre étude sont confrontées à des violences conjugales actuelles, soit dans la majorité des dossiers étudiés. Pour 6 patientes (21%), les violences conjugales sont passées.

- Type de violences

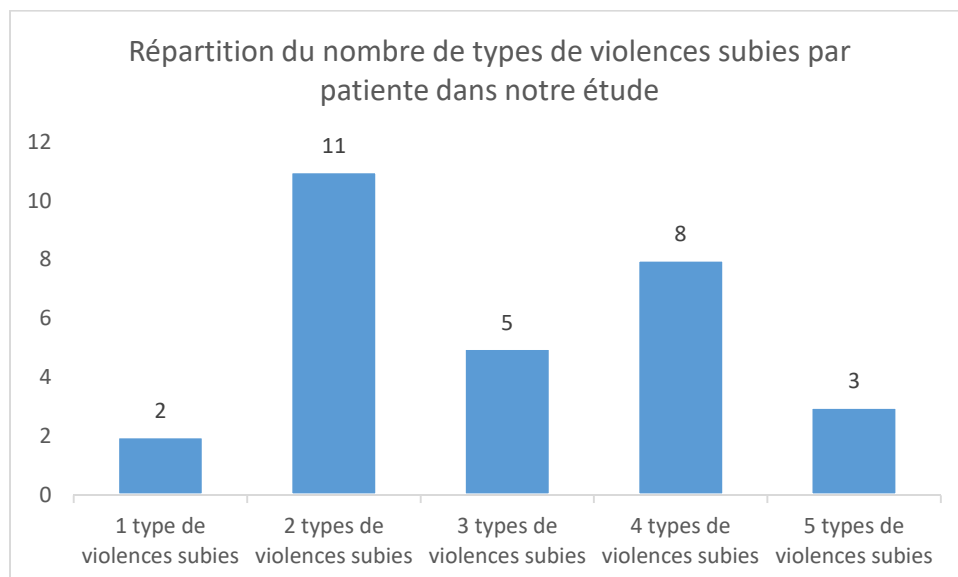
Vingt-quatre patientes (83%) de notre étude disent subir ou avoir subi des violences physiques, soit la majorité de notre population d'étude. 26 patientes (90%) de notre étude disent subir ou avoir subi des violences psychologiques, ce qui représente une fois encore la majorité de notre population d'étude. 15 patientes (52%), soit plus de la moitié des patientes de notre étude disent subir ou avoir subi des violences sexuelles. 15 patientes (52%), soit plus de la moitié des patientes de notre étude, disent subir ou avoir subi des violences économiques. 6 patientes (21%) de notre étude disent subir ou avoir subi des violences administratives.

La répartition du type de violences subies dans notre étude est représentée par l'histogramme suivant :



Concernant les 5 types de violences relevés (physique, psychologique, sexuelle, économique, administrative), 3 patientes (10%) disent avoir subi ces 5 types de violences, 8 patientes (28%) disent avoir subi 4 de ces types de violences, 6 patientes (21%) disent avoir subi 3 de ces types de violences, 11 patientes (38%) disent avoir subi 2 de ces types de violences, 2 patientes (7%) disent avoir subi 1 de ces types de violences.

La répartition du nombre de types de violences subies par patiente est représentée par l'histogramme suivant :

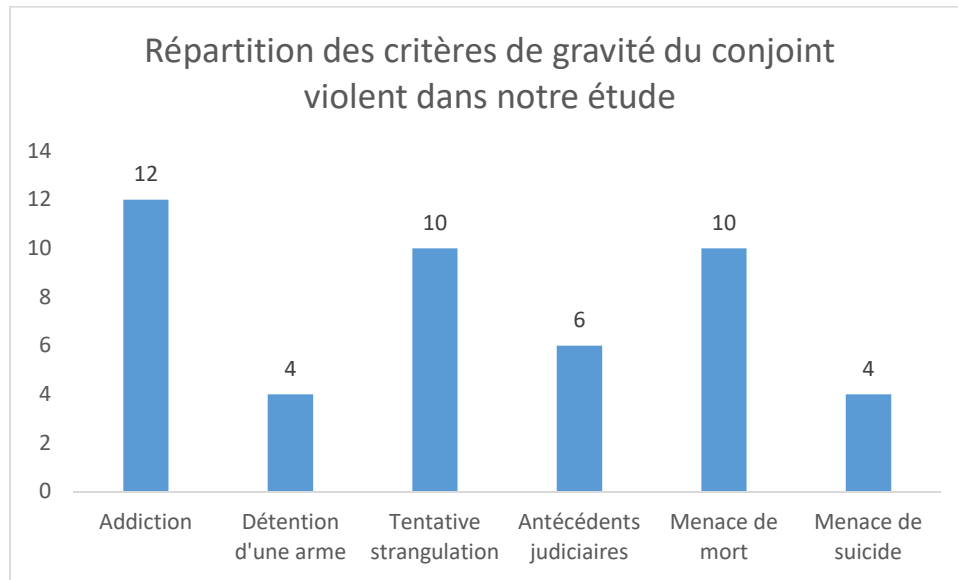


- Critères de gravité de l'agresseur

Dans notre étude, 12 patientes (41%) déclarent que leur conjoint violent présente des addictions, soit près de la moitié des dossiers étudiés. Les addictions déclarées sont les suivantes : alcool dans 8 cas, cannabis dans 4 cas, cocaïne dans 3 cas, jeux d'argent dans 1 cas. A noter que certains conjoints présentent, selon leurs femmes, plusieurs addictions.

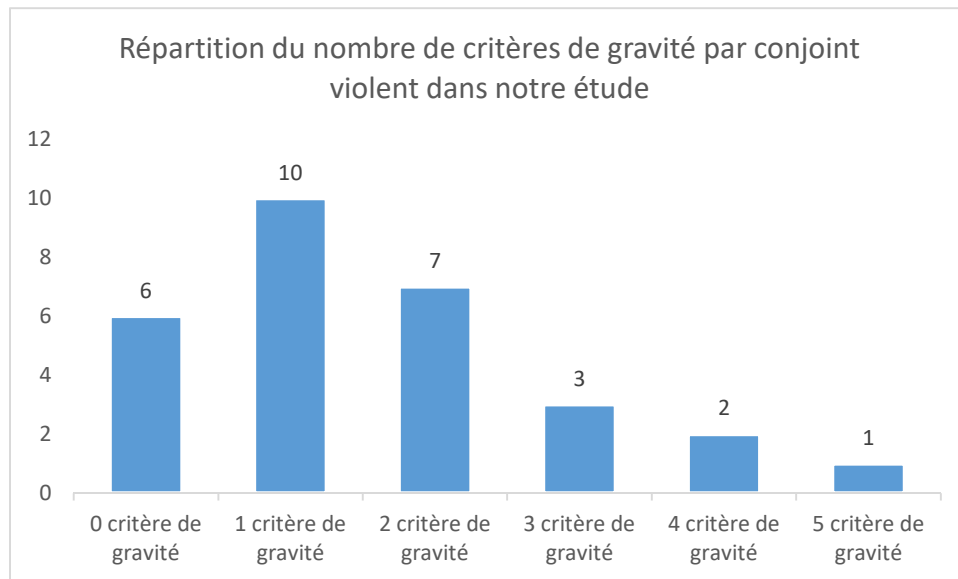
Concernant les tentatives de strangulation par le conjoint violent, elles ont été déclarées chez 10 patientes (34%) de notre étude. De même, 10 femmes (34%) de notre étude déclarent avoir eu des menaces de mort par leur conjoint violent. 6 patientes (21%) déclarent que leur conjoint violent a des antécédents judiciaires. 4 patientes (14%) déclarent que leur conjoint possède une arme. Enfin, à nouveau 4 patientes (14%) de notre étude déclarent que leur conjoint violent a menacé de se suicider.

La répartition des critères de gravité du conjoint violent est représentée par l'histogramme suivant :



Concernant ces 6 critères de gravité chez l'agresseur (addiction, détention d'une arme, tentative de strangulation, antécédents judiciaires, menace de mort, menace de suicide), dans 6 cas (21%) les patientes ont déclaré aucun critère de gravité chez leur conjoint. Dans 10 cas (34%), les patientes ont déclaré 1 critère de gravité chez leur conjoint. Dans 7 cas (24%), les patientes ont déclaré 2 critères de gravité chez leur conjoint. Dans 3 cas (10%), les patientes ont déclaré 3 critères de gravité chez leur conjoint. Dans 2 cas (7%), les patientes ont déclaré 4 critères de gravité chez leur conjoint violent. Enfin 1 patiente (3%) a déclaré que son conjoint violent présentait 5 critères de gravité.

La répartition du nombre de critères de gravité par conjoint violent est représentée par l'histogramme suivant :



2-3-4- Besoins évalués avec la patiente

- Verbatim - motif de consultation

Pour illustrer les motifs de consultation, nous avons relevé quelques verbatims dans les dossiers. A la question, pourquoi venez-vous consulter à la maison des femmes ? Voici quelques réponses entendues en consultation :

« j'ai besoin d'un médecin traitant et d'un thérapeute » ; « ce que je veux c'est savoir ce qu'il se passe, si c'est moi ou si c'est lui » ; « je veux voir une psychologue » ; « j'ai besoin d'une prise en charge globale » ; « j'ai besoin d'aide pour la prise en charge de mes enfants » ; « je veux être aidée » ; « j'ai besoin de me reconstruire » ; « j'ai besoin d'aide pour divorcer » ; « j'ai besoin d'une prise en charge générale mais surtout psychologique » ; « je veux me sortir de cette situation invivable » ; « ça ne va pas au niveau moral et psychologique » ; « je veux le divorce » ; « je viens chercher de l'écoute »

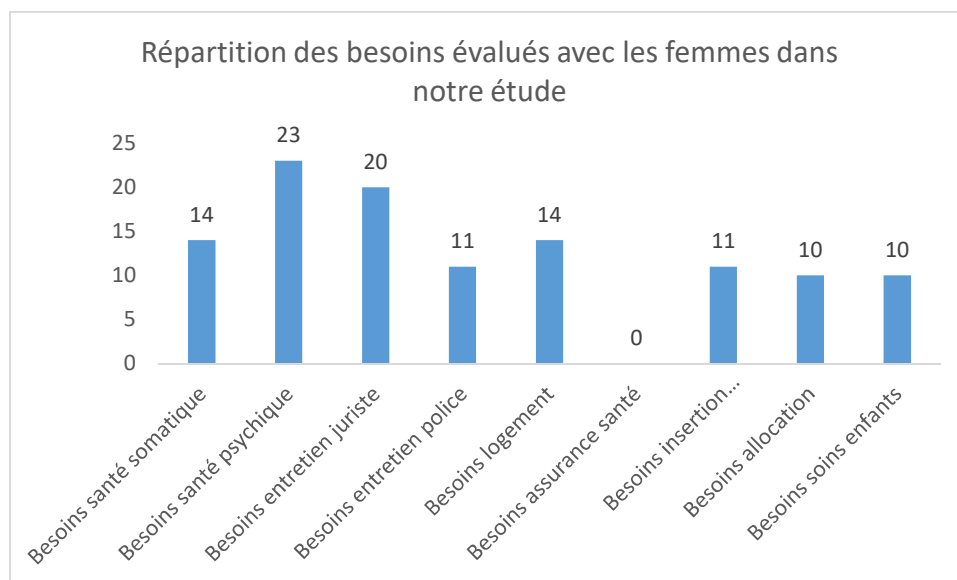
Et parfois, quelques consultant ont noté : « ne sait pas pourquoi elle a été adressée à casavia »

- Besoins évalués avec la patiente

Dans 14 cas (48%) de notre étude, des besoins en santé somatique ont été évalués avec la patiente, ce qui représente près de la moitié des situations étudiées. Dans 23 cas (79%), des besoins en santé psychique ont été évalués avec la patiente, ce qui représente la majorité des situations étudiées. Dans 20 cas (69%), des besoins juridiques ont été évalués avec la patiente, ce qui représente plus de la moitié des situations étudiées. Dans 11 cas (38%), des besoins d'entretien avec un officier de police (pour notamment un dépôt de plainte sur place) ont été évalués avec la patiente. Dans 14 cas (48%), des besoins sociaux concernant notamment une demande de logement ont été évalués avec la patiente, ce qui représente près de la moitié des situations étudiées. Dans 11 cas (38%), des besoins sociaux concernant notamment une demande d'aide pour l'insertion professionnelle, ont été évalués avec la patiente. Dans 10 cas (34%), des besoins sociaux concernant notamment une mise à jour des allocations possibles, ont été évalués avec la patiente. Dans notre étude, aucun besoin social concernant l'ouverture

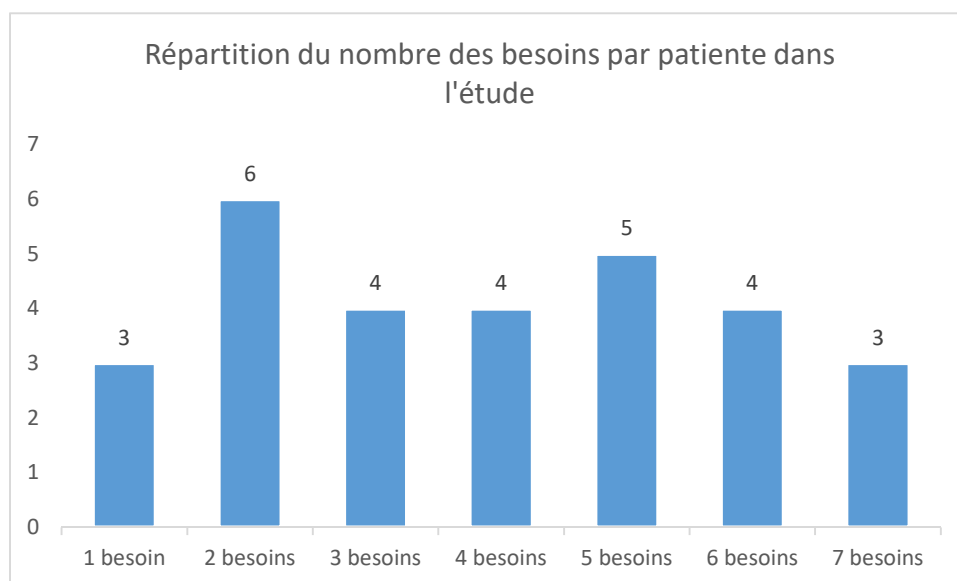
des droits à l'assurance santé a été nécessaire. Dans 10 cas (34%), des besoins pour la prise en charge des enfants, ont été évalués avec la patiente.

La répartition des besoins évalués avec les patientes, est représentée par l'histogramme suivant :



Sur les 8 besoins évalués avec les femmes (santé somatique, santé psychique, entretien juriste, entretien police, demande de logement, demande d'aide pour insertion professionnelle, demande de mise à jour des allocations, besoins de prise en charge des enfants), 3 patientes (10%) ont eu une évaluation de seulement 1 besoin. Pour 6 patientes (21%) de notre étude, ce sont 2 besoins qui ont été évalués. Pour 4 patientes (14%), ce sont 3 besoins qui ont été évalués. Pour 4 patientes (14%) à nouveau, ce sont 4 besoins qui ont été évalués. Pour 5 patientes (17%), ce sont 5 besoins qui ont été évalués. Pour 4 patientes (14%), ce sont 6 besoins qui ont été évalués. Enfin, pour 3 patientes (10%), ce sont 7 besoins qui ont été évalués.

La répartition du nombre de besoins, par patiente, est représentée par l'histogramme suivant :



2-3-5- Description du parcours de soins

- Actions réalisées dans le parcours de soins

Le nombre de certificats médicaux réalisés dans notre étude s'élève à 10 (sur 29 dossiers étudiés) : dans 34% des cas un certificat médical a été réalisé.

Le nombre de signalement au procureur réalisés dans notre étude s'élève à 2 : dans 7% des cas un signalement a été réalisé.

Le nombre d'IP déclarée à la CRIP réalisée dans notre étude s'élève à 7 : dans près d'un quart des dossiers (24%) une IP a été déclarée à la CRIP.

Le nombre de traitements médicaux initiés dans notre étude s'élève à 9: dans près d'un tiers des dossiers (31%) un traitement médical a dû être initié.

Le nombre d'OP mise en place dans notre étude s'élève à 2 : dans 7% des cas une OP a été réalisée.

Aucun TGD a été mis en place dans notre étude.

Le nombre d'AJ mise en place dans notre étude s'élève à 4 : dans 14% des cas une AJ a été mise en place.

Le nombre de dépôt de plainte réalisé dans le cadre de notre étude s'élève à 8 : dans 28% des cas un dépôt de plainte a été réalisé dans les locaux du centre.

Aucune ouverture de droit à l'assurance santé n'a été nécessaire dans notre étude.

Le nombre de solution trouvée pour une demande de logement dans notre étude s'élève à 5 : dans 17% des dossiers étudiés une solution logement a été trouvée.

Le nombre de consultation en santé somatique (médecin généraliste, gynécologue obstétricien, sage-femme, sexologue) dans notre étude s'élève à 94.

Le nombre de consultation en santé psychique (psychologue, psychiatre, CCF) dans notre étude s'élève à 60.

Le nombre d'entretiens avec une travailleuse sociale dans notre étude s'élève à 57.

Le nombre d'entretiens avec un juriste dans notre étude s'élève à 35.

Le nombre d'entretiens avec un officier de police dans les locaux du centre s'élève à 8 dans notre étude.

Le nombre de participations aux ateliers thérapeutiques proposés dans le centre s'élève à 87 dans notre étude

Le nombre d'orientations dans des services spécialisés dans notre étude s'élève à 18. Les orientations ont été les suivantes : CMP adulte, CMP enfant, service de PEPS de l'hôpital Trousseau, CAF, association Halte Aide aux Femmes Battues (HAFB), association Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués (CIMADE), urgences générales, urgences psychiatriques, médecin traitant libéral, psychiatre libéral

Tableau 1 : Nombre et type d'actions réalisées dans le parcours de soins de l'étude

Type d'actions	Nombre réalisé
Certificat médical	10
Signalement au procureur	2
IP à la CRIP	7
Traitement médical initié	9
OP	2
TGD	0
AJ	4
Dépôt de plainte	8
Ouverture droit assurance santé	0
Solution trouvée à un problème de logement	5
Consultation en santé somatique	94
Consultation en santé psychique	60
Entretien avec travailleuse sociale	57
Entretien avec juriste	35
Entretien avec officier police	8
Participation aux ateliers thérapeutiques	87
Orientations	18

- Nombres d'actions réalisées par patiente

Le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins par patiente est compris dans notre étude entre 1 et 47, avec une moyenne de 14,5 actions par patiente et une médiane de 10,5 actions par patiente.

Pour 14 patientes (48%) de notre étude, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se trouve dans une tranche allant de 1 à 10 actions : dans près de la moitié des cas, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se situe entre 1 et 10 actions.

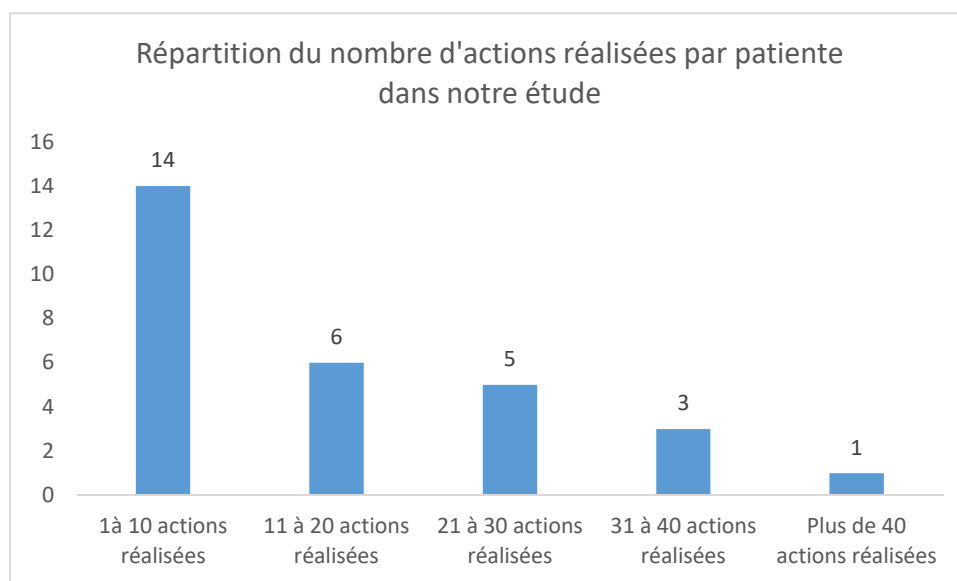
Pour 6 patientes (21%) de notre étude, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se trouve dans une tranche allant de 11 à 20 actions : dans près d'un quart des cas, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se situe entre 11 et 20 actions.

Pour 5 patientes (17%) de notre étude, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se trouve dans une tranche allant de 21 à 30 actions.

Pour 3 patientes (10%) de notre étude, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se trouve dans une tranche allant de 31 à 40 actions.

Pour 1 patiente (3%) de notre étude, le nombre d'actions réalisées dans le parcours de soins se trouve dans une tranche supérieure à 40 actions.

La répartition du nombre d'actions réalisées par patiente dans notre étude est représentée par l'histogramme qui suit :



- Durée de la prise en charge

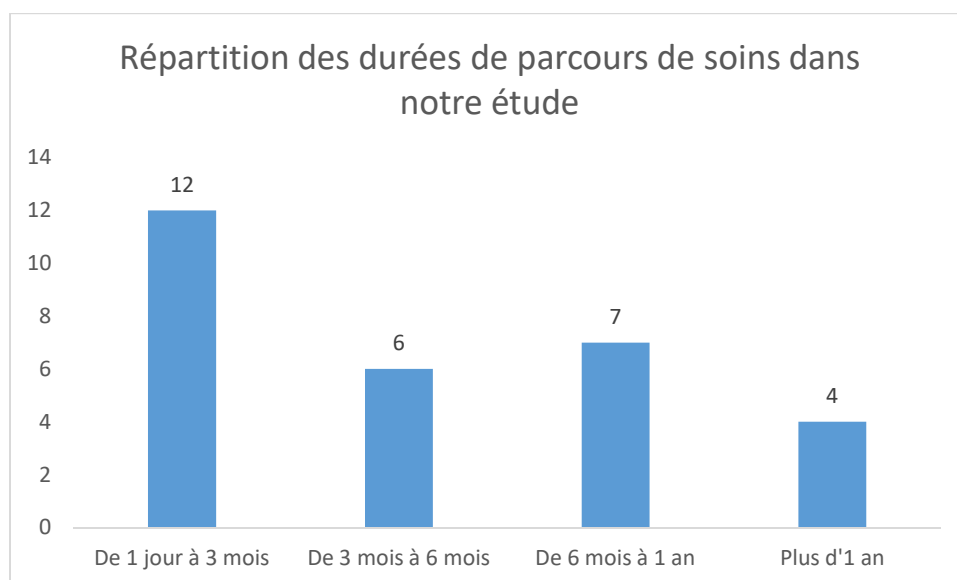
Pour 12 patientes (41%) de notre étude, la durée de la prise en charge est comprise entre 1 jour et 3 mois : dans près de la moitié des cas, la prise en charge est réalisée dans les 3 mois qui suivent l'entrée de la patiente dans le parcours de soins.

Pour 6 patientes (21%) de notre étude, la durée de la prise en charge est comprise entre 3 et 6 mois : dans près d'un quart des cas, la prise en charge dure entre 3 et 6 mois.

Pour 7 patientes (24%) de notre étude, la durée de la prise en charge est comprise entre 6 mois et 1 an : dans près d'un quart des cas, la prise en charge dure entre 6 mois et 1 an.

Pour 4 patientes (14%) de notre étude, la durée de la prise en charge est supérieure à 1 an.

La répartition des durées de prise en charge de notre étude est représentée par l'histogramme qui suit :



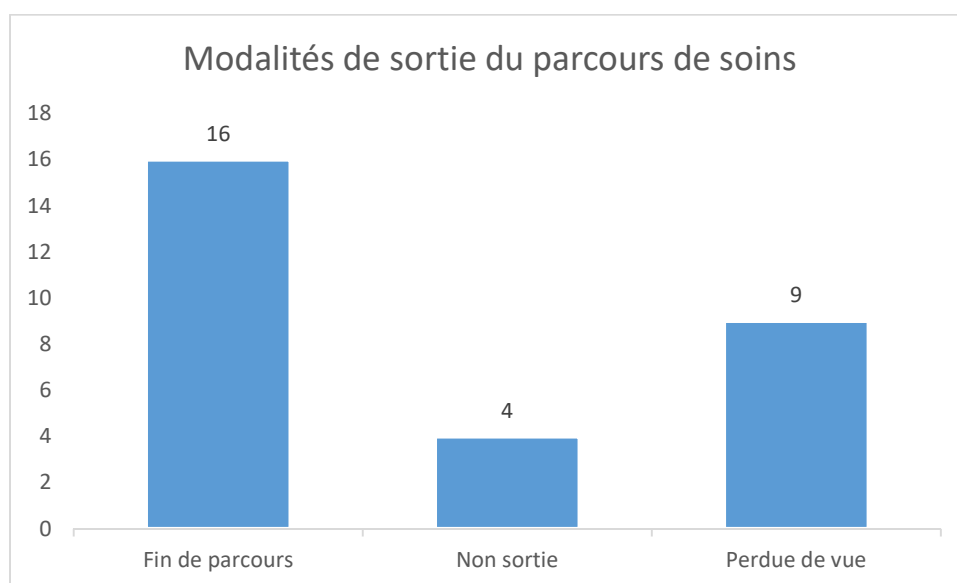
- Modalité de sortie du parcours de soins

Dans 16 cas (55%), le parcours de soins s'est arrêté car décidé en commun avec la patiente comme finie : dans plus de la moitié des cas, la sortie du parcours de soins s'explique par la réponse aux besoins de la patiente satisfaite.

Les « perdues de vue », c'est-à-dire les patientes qui ont arrêté leur suivi alors que certains de leurs besoins évalués avec elles n'étaient pas encore satisfaits et que d'autres rendez-vous leur étaient pourtant proposés, représentent 9 patientes (31%) de notre étude, soit près d'un tiers des dossiers étudiés.

Pour 4 patientes (14%) de notre étude, le parcours de soins se poursuit encore actuellement.

Les modalités de sortie du parcours de soins sont représentées par l'histogramme suivant :



2-3-6- Pourcentage des besoins couverts

- Pourcentage des besoins couverts par type de besoins

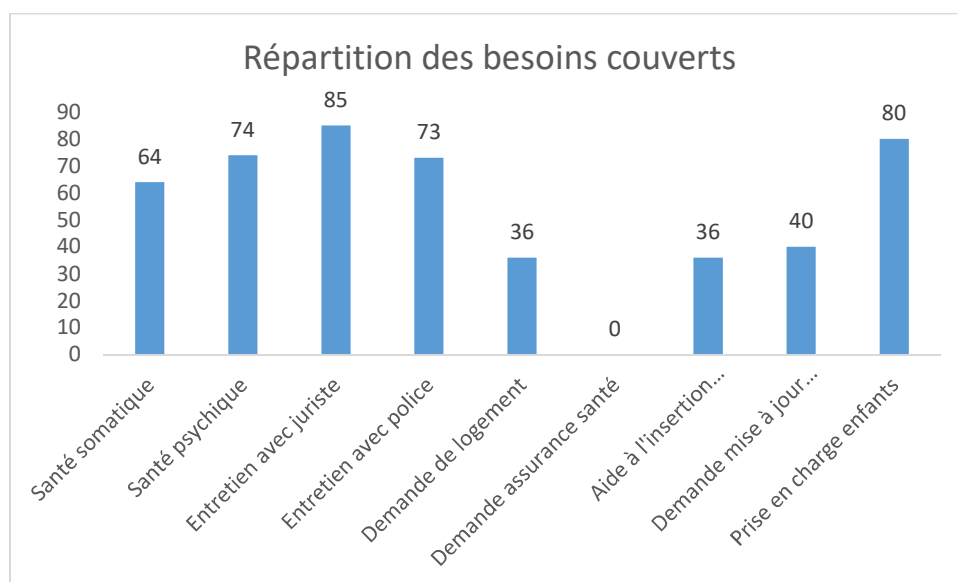
Tableau 2 : satisfaction des besoins

Type de besoins	Nombre de demande	Nombre satisfait	Pourcentage satisfait
Santé somatique	14	9	64%
Santé psychique	23	17	74%
Entretien avec juriste	20	17	85%
Entretien avec police	11	8	73%
Demande logement	14	5	36%
Demande assurance santé	0	0	0
Aide à l'insertion professionnelle	11	4	36%
Demande mise à jour allocations	10	4	40%
Prise en charge enfants	10	8	80%

Les besoins en soins somatiques, en soins psychiques, les entretiens avec un juriste et un officier de police, ainsi que les demandes de prise en charge des enfants ont pu être satisfaits dans plus de la moitié des cas.

Les demandes de logement, de mise à jour des allocations et d'aide à l'insertion professionnelle n'ont pas pu aboutir dans plus de la moitié des cas.

La répartition des besoins couverts par type de besoins est représentée par l'histogramme suivant :

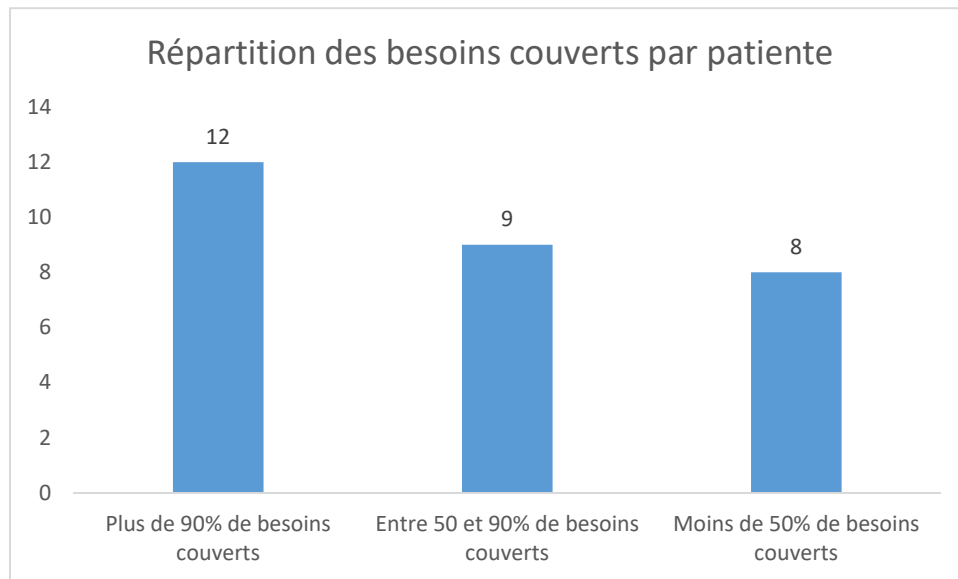


- Pourcentage des besoins couverts par patiente

Dans notre étude, en analysant le nombre de besoins couverts pour chaque patiente, nous observons que :

- 12 patientes (41%) ont eu plus de 90% de leurs besoins couverts
- 9 patientes (31%) ont eu entre 50 et 90% de leurs besoins couverts
- 8 patientes (28%) ont eu moins de la moitié de leurs besoins couverts

La répartition des besoins couverts par patiente est représentée par l'histogramme suivant :



- Durée de la prise en charge chez les patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90% :

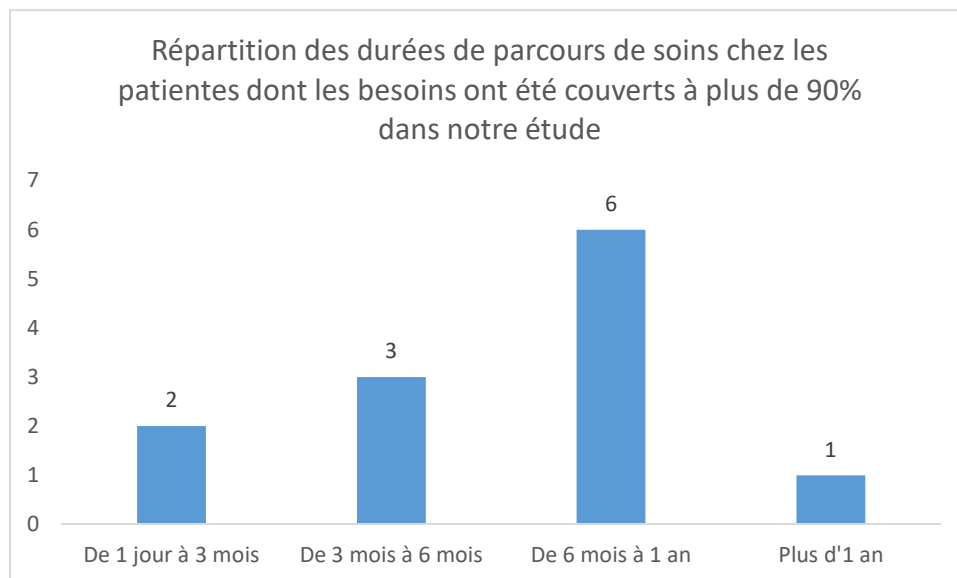
Chez les 12 patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, 2 (17%) ont une durée de prise en charge comprise entre 1 jour et 3 mois : chez 17% des patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la prise en charge est réalisée dans les 3 mois qui suivent l'entrée de la patiente dans le parcours de soins.

Chez les 12 patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, 3 (25%) ont une durée de prise en charge comprise entre 3 et 6 mois : chez environ un quart des patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la prise en charge dure entre 3 et 6 mois.

Chez les 12 patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, 6 (50%) ont une durée de prise en charge comprise entre 6 mois et 1 an : chez la moitié des femmes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la prise en charge dure entre 6 mois et 1 an.

Chez les 12 patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, 1 (8%) a une durée de prise en charge supérieure à 1 an : chez 8% des femmes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la durée de la prise en charge dans notre étude est supérieure à 1 an.

La répartition des durées de prise en charge de notre étude chez les patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, est représentée par l'histogramme qui suit :

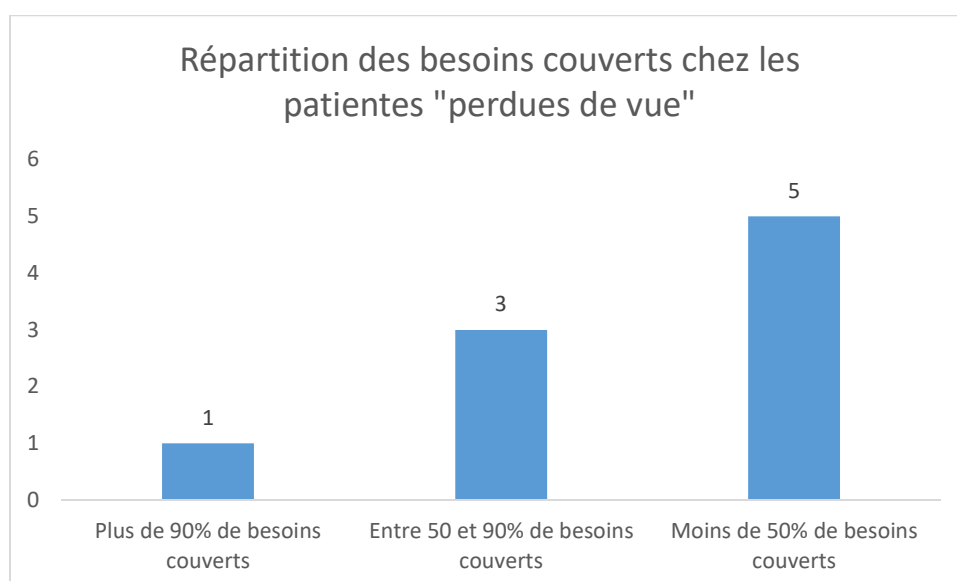


- Pourcentage des besoins couverts chez les patientes « perdues de vue »

Chez les 9 patientes « perdue de vue » :

- 1 patiente (11%) a eu plus de 90% de ses besoins couverts
- 3 patientes (33%) ont eu entre 50 et 90% de leurs besoins couverts
- 5 patientes (56%) ont eu moins de la moitié de leurs besoins couverts, ce qui représente plus de la moitié des patientes « perdue de vue »

La répartition des besoins couverts chez les patientes « perdue de vue » est représentée par l'histogramme suivant :



En conclusion de cette 2^{ème} partie, nous pouvons constater dans notre étude que :

- Moins de 90% des besoins de plus de la moitié des patientes (59%) de notre étude ont été couverts
- Chez les patientes « perdues de vue », plus de la moitié (56%) ont eu moins de 50% de leurs besoins couverts
- Les types de besoins où la satisfaction n'est pas suffisante sont les demandes de logement, de mise à jour des allocations et d'aide à l'insertion professionnelle
- Pour plus de la moitié des patientes dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la durée de la prise en charge est supérieure à 6 mois, contre entre 1 jour et 3 mois pour près de la moitié des femmes de notre étude (41%)

Face à ce bilan mitigé, comment pourrions-nous améliorer ces chiffres afin de répondre au mieux aux besoins de nos patientes ? C'est ce que nous allons tenter de répondre lors de la 3^{ème} partie de notre travail.

3- DISCUSSION – PERSPECTIVES

2-1- Principaux résultats de cet audit

■ Les résultats de notre étude, nous permettent tout d’abord de relever, que les patientes qui viennent consulter à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière pour violences conjugales, sont confrontées, au vu des différents facteurs étudiés, à des **violences graves**, notamment de part:

- Les différents types de violences: la majorité des patientes de l’étude disent en effet avoir subi des violences physiques (pour 83% d’entre elles) ainsi que des violences psychologiques (pour 90% d’entre elles). Plus de la moitié des patientes (52%) disent avoir subi des violences sexuelles et des violences économiques. Près d’un quart (21%) des patientes disent avoir subi des violences administratives. La plupart d’entre elles (93%) sont confrontées à plusieurs de ces types de violences.
- Les critères de gravité de l’agresseur : près de la moitié des patientes (41%) déclarent que leur conjoint violent présente des addictions (alcool dans 8 cas, cannabis dans 4 cas, cocaïne dans 3 cas, jeux d’argent dans 1 cas). Plus d’un tiers des patientes (34%) déclarent avoir subi une ou des tentatives de strangulation par leur conjoint violent et plus d’un tiers des patientes (34%), déclarent avoir eu des menaces de mort par leur conjoint violent. Près d’un quart des patientes (21%) déclarent que leur conjoint violent a des antécédents judiciaires. Enfin, 14% des patientes déclarent que leur conjoint possède une arme et 14% déclarent que leur conjoint a déjà menacé de se suicider. La plupart d’entre elles (78%) déclarent que leur conjoint violent présente au moins un de ces critères de gravité.
- La vulnérabilité des patientes : moins d’un tiers des patientes (28%) travaille à temps plein. Près de la moitié des patientes (41%) vivent dans un logement précaire (chez un tiers, dans un foyer maternel ou étudiant, au samu social ou encore SDF) et pour les autres (59%), leur logement est souvent partagé avec leur conjoint violent. Près de la moitié des patientes (48%) sont mariées à leur conjoint violent et plus de la moitié d’entre elles (66%) ont des enfants à charge. Concernant les facteurs de vulnérabilité plus précisément étudiés (maladie psychique, maladie somatique, emprise, isolement, nationalité étrangère, précarité économique, handicap, grossesse), plus de la moitié des patientes (59%) présentent une maladie psychique, plus de la moitié d’entre elles (52%) présentent une maladie somatique chronique, plus de la moitié d’entre elles (59%) ont été évaluées comme étant sous emprise du conjoint violent, près de la moitié d’entre elles (45%) ont été évaluées comme étant isolées, près de la moitié d’entre elles (41%) sont de nationalité étrangère, près d’un quart d’entre elles (21%) ont été évaluées comme étant dans une situation de précarité économique et 7% d’entre elles sont reconnues comme étant handicapées. Aucune patiente de notre étude n’est enceinte. La plupart des patientes (96%) présentent plusieurs de ces facteurs de vulnérabilité.

■ Par ailleurs, nous constatons une **variation des situations, par le nombre d’actions réalisées dans le parcours de soins**, qui oscille par patiente, de 1 action à 47. Ceci s’explique par les besoins, demandes de la patiente, mais aussi par l’implication de la patiente dans son

parcours de soins et l'accompagnement des professionnels. Les actions les plus souvent réalisées sont :

- les consultations en santé somatique et en santé psychique
- les entretiens avec une travailleuse sociale ainsi qu'avec un ou une juriste et avec un officier ou une officière de police
- les participations aux ateliers thérapeutiques
- les orientations dans des services spécialisés

Le nombre de certificats médicaux réalisés peut lui paraître faible, au vu des missions d'une maison des femmes hospitalière : **dans seulement un peu plus d'un tiers des cas (34%), un certificat médical a été établi**

■ Concernant les 8 **besoins évalués avec la patiente** en début de parcours de soins, les plus fréquents sont les suivants : besoins en santé psychique (dans 79% des cas), besoins en entretien juriste (dans 69% des cas), besoins en santé somatique (dans 48% des cas), besoins concernant le logement (dans 48% des cas). La majorité des patientes (69%) présentent plus de 2 besoins en début de parcours de soins.

Les besoins qui ont été satisfaits dans plus de la moitié des cas sont les suivants : les besoins d'entretien avec un ou une juriste (besoins satisfaits dans 85% des cas), les besoins de prise en charge des enfants (besoins satisfaits dans 80% des cas), les besoins en santé psychique (besoins satisfaits dans 74% des cas), les besoins de dépôt de plainte auprès de la police (besoins satisfaits dans 73% des cas), les besoins en santé somatique (besoins satisfaits dans 64% des cas).

Les besoins qui n'ont pas été satisfaits dans plus de la moitié des cas sont les suivants : les demandes de logements (besoins satisfaits dans 36% des cas), l'aide à l'insertion professionnelle (besoins satisfaits dans 36% des cas), les demandes de mise à jour des allocations (besoins satisfaits dans 40% des cas). Dans notre étude, aucun besoin concernant l'ouverture des droits à l'assurance santé a été nécessaire.

⇒ Au vu de ces résultats au sujet des besoins des patientes, on peut donc noter :

- **la plupart des besoins les plus demandés sont dans plus de la moitié des cas satisfaits** notamment : les besoins en santé psychique, en entretien juriste et en santé somatiques
- la plupart des besoins qui n'ont pas été satisfaits dans plus de la moitié des cas, ne sont pas les plus demandés, notamment : l'aide à l'insertion professionnelle et les demandes de mise à jour des allocations
- **la demande de logement fait partie des besoins les plus demandés et n'est pas satisfait dans plus de la moitié des cas**

De plus, **près de la moitié des patientes (41%) ont eu plus de 90% de leurs besoins couverts. Mais cela signifie aussi, que moins de 90% des besoins de plus de la moitié des patientes (59%) de notre étude, ont été couverts.**

■ Enfin, au sujet de la **sortie du parcours de soins et de la durée de la prise en charge**, on peut dire au vu des résultats que :

- dans plus de la moitié des cas (55%), la sortie du parcours de soins a été décidée en commun avec la patiente et s'explique donc par la réponse aux besoins de la patiente satisfaite
- dans près de la moitié des cas (41%), la prise en charge est réalisée dans les 3 mois qui suivent l'entrée de la patiente dans le parcours de soins
- pour plus de la moitié des patientes (58%) dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la durée de la prise en charge est supérieure à 6 mois

⇒ **Pour plus de la moitié des patientes (58%) dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la durée de la prise en charge est supérieure à 6 mois, contre entre 1 jour et 3 mois, pour près de la moitié des femmes de notre étude (41%)**

2-2- Les éléments qui fonctionnent / Force

■ Ce travail a permis une **étude exhaustive, sur une période donnée**, de l'évaluation du parcours de soins des patientes victimes de violences conjugales à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière. Le plan et la méthodologie ont été décidés à l'avance de manière consensuelle. L'analyse des résultats nous permet d'avoir un regard critique objectif sur nos pratiques. Une réflexion collective va permettre d'envisager des propositions d'amélioration de nos pratiques professionnelles.

■ La **prise en charge pluridisciplinaire dans un même lieu** fait partie des éléments positifs de la prise en charge des patientes victimes de violences conjugales venant consulter dans une maison des femmes hospitalière et en l'occurrence à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière.

Comme nous avons pu le constater dans l'analyse des résultats de notre étude, les patientes venant consulter pour violences conjugales présentent plusieurs types de besoins. Rappelons que les besoins les plus demandés sont les suivants : besoins en santé psychique, besoins en entretien juridique, besoins en santé somatique, besoins concernant le logement. De pouvoir proposer dans un lieu unique, au sein d'un hôpital regroupant plusieurs spécialités médicales, des consultations avec des professionnels tous et toutes formés aux violences, provenant de différents corps de métier et notamment : des professionnels en santé somatique (médecin généraliste, gynécologue obstétricien, sage-femme, sexologue), des professionnels en santé psychique (psychiatre, psychologue, CCF), des professionnels juristes, des officiers et officières de police, des travailleuses sociales, permet de pouvoir répondre, dans un lieu dédié, à l'ensemble des besoins des patientes.

Rappelons aussi que dans notre étude, la plupart des besoins les plus demandés sont dans plus de la moitié des cas satisfaits et que dans plus de la moitié des cas, la sortie du parcours de soins s'explique par la réponse aux besoins de la patiente satisfaite.

De plus, les ateliers thérapeutiques participent à une meilleure estime de soi pour les patientes, à une réappropriation de leur corps : éléments essentiels pour les aider à sortir du cycle des violences qu'elles subissent.

Cette prise en charge pluridisciplinaire a pour conséquences une meilleure coordination du parcours de soins. Des staffs pluri professionnels permettent par ailleurs des décisions adaptées à chaque situation.

■ La **formation des professionnels** aux violences conjugales est également un élément important dans la qualité et l'efficacité des prises en charge proposées. L'écoute bienveillante, le travail avec les patientes de la prise de conscience de l'emprise, du cycle des violences, de la stratégie de l'agresseur, l'accompagnement régulier adapté, coordonné avec un professionnel de santé référent, permettent aux patientes de reprendre confiance en elles, de sortir de l'isolement, de gagner en autonomie et de participer de manière active aux décisions et actions réalisées dans le centre pour répondre à leurs besoins et ainsi sortir à leur rythme de la situation de violence à laquelle elles sont confrontées.

■ Les nombreuses **orientations** que nous avons pu constater dans notre étude participe également à la qualité des prises en charge. Pour rappel, 18 orientations ont été réalisées dans notre étude. Elles ont concernées : les CMP adulte, CMP enfant, service de PEPS de l'hôpital Trousseau, CAF, association Halte Aide aux Femmes Battues (HAFB), association Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués (CIMADE), urgences générales, urgences psychiatriques, médecin traitant libéral, psychiatre libéral. Ces différents **partenariats** contribuent à renforcer le **travail en réseau**. Ils permettent d'optimiser les réponses aux besoins des patientes et de faire un relai de proximité en dehors de l'hôpital.

■ Pour finir dans les éléments qui fonctionnent et qui sont donc certainement à poursuivre, les **durées de prise en charge** sont à prendre en compte. Comme nous l'avons vu, elles sont variables d'une situation à l'autre. Il est important de les adapter en fonction du rythme de la patiente pour encore une fois, répondre au mieux à ses besoins. Rappelons que dans notre étude pour plus de la moitié des patientes (58%) dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la durée de la prise en charge est supérieure à 6 mois, contre entre 1 jour et 3 mois, pour près de la moitié des femmes de notre étude (41%). On voit dans ce résultat, l'importance de ne pas se limiter dans le temps et de garder une souplesse en fonction de chaque situation.

2-3- Les difficultés / Faiblesse

■ Notre étude présente des **limites**. Il s'agit d'une étude exploratoire et de nombreux **biais** sont possibles :

- Biais d'observation : en se basant sur des dossiers, il existe un risque d'avoir une évaluation en partie subjective des besoins transcrits dans le dossier et de la satisfaction ou non des besoins.
- Par ailleurs, si au bout de 6 mois des besoins ont été satisfaits, le caractère observationnelle de l'étude et l'absence de groupe témoin, ne permettront pas de façon formelle d'établir un lien de causalité entre la prise en charge à la maison des femmes et la satisfaction des besoins. Si un « effet dose » était mis en évidence, cela irait dans

le sens d'une dépendance entre les actions entreprises et la satisfaction des besoins et permettrait de répondre réellement à la question est-ce nous qui avons été utiles ?

- Enfin, le nombre de dossiers gagnerait à être plus important pour être plus représentatif de nos actions et des patientes venant consulter dans notre centre. Nous n'avons malheureusement pas pu dans le temps imparti augmenter notre échantillon.

■ Les résultats de notre étude nous permettent de constater un **faible nombre de certificats médicaux réalisés** au vu des missions d'une maison des femmes hospitalière. Rappelons que dans seulement un peu plus d'un tiers des cas (34%), un certificat médical a été établi. Est-ce par manque de besoin, ou bien par manque de temps ? Poursuivre les formations des professionnels à la rédaction des certificats médicaux et échanger en réunion d'équipe sur les possibles freins à cette pratique, semblent, au vu de ces résultats, être nécessaires.

■ Notre étude a permis d'évaluer les besoins qui n'ont pas été satisfaits dans plus de la moitié des cas. Pour rappel, il s'agit : des demandes de **logements**, des demandes d'**aide à l'insertion professionnelle** et des demandes de **mise à jour des allocations**. L'expertise de ces besoins revient le plus souvent à la travailleuse sociale. Il convient certainement de réfléchir en équipe à comment mieux répondre à ces besoins. Une des solutions serait la possibilité d'hospitaliser plus fréquemment les patientes dont la situation nécessite une mise à l'abri en urgence. Malheureusement, les tensions hospitalières actuelles ne permettent pas d'envisager des lits dédiés à cette activité. La création d'un temps supplémentaire de travailleur ou travailleuse sociale, le développement de partenariats avec des associations spécialisées dans ces différents domaines, semblent être des pistes d'actions plus plausibles.

■ En ce qui concerne **la sortie du parcours de prise en charge**, on note que dans 14% des cas, le parcours de soins se poursuit encore actuellement, ce qui signifie que ce parcours dure depuis plus d'1 an. Ces situations sont souvent liées à des difficultés à faire sortir des patientes du parcours : patientes qui se sont attachées à la structure et vivraient comme une autre violence le fait de sortir d'un suivi auquel elles se sont habituées. Les maisons des femmes hospitalières ne sont malheureusement pas prévues pour des suivis au long terme, empêchant, par manque de place, l'inclusion d'autres patientes qui auraient pourtant besoin de nos services. Cette problématique est souvent discutée en équipe. Les solutions ayant déjà été abordées sont les suivantes :

- informer la patiente, dès la 1^{ère} consultation, du fonctionnement du centre.
- sur des sorties de parcours difficile, informer la patiente que son dossier va être discuté en staff pluridisciplinaire, afin de la préparer à une éventuelle sortie de parcours. L'annonce de la sortie peut être réalisée par un professionnel autre que le référent de la patiente.

■ Les maisons des femmes hospitalières sont des structures récentes. Nombre de **professionnels y sont présents à temps partiel** ce qui crée des difficultés, notamment pour l'organisation de réunion d'équipe ou de staff pluridisciplinaires. En effet, réunir tous les professionnels sur un même créneau n'est pas possible. Cela a pour conséquences de freiner les échanges et donc la coordination des prises en charge

2-4- Littérature

■ A l'heure actuelle, nous n'avons pas d'élément de comparaison de ce type d'étude avec d'autres maisons des femmes hospitalières françaises. Il n'existe pas de donnée publiée à ce sujet.

■ Comme il est inscrit dans les recommandations de la HAS de juin 2019, notre étude confirme que « toutes les femmes quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur origine culturelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées » par des violences au sein du couple.

De plus, notre étude confirme les différents types de violences, que la HAS précise dans ses recommandations de juin 2019 : « la violence au sein du couple comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles [...], ainsi que les actes de domination sur le plan économique ou administratif [...]. Dans la majorité des cas, ces différentes formes de violences sont associées »

■ Notre étude a permis d'évaluer la dangerosité à l'image de l'évaluation de la situation des victimes de violences au sein du couple proposée par le Ministère de l'intérieur²⁵. Les critères de gravité de l'auteur des violences, les facteurs de vulnérabilité de la victime et le contexte des violences ont pu être évalués.

2-5- Proposition d'amélioration des pratiques professionnelles

■ Etude :

Comme nous avons pu déjà l'aborder, notre étude présente des limites et des biais.

Une méthodologie meilleure serait de faire évaluer en aveugle chaque dossier par 2 évaluateurs et de recourir à un 3^{ème} évaluateur en cas de divergence. Dans le cadre de cette étude préliminaire, nous n'avons pas eu les moyens de mettre en place une telle méthode qui pourrait être utilisée dans une étude future plus grande échelle.

Nous envisageons également à l'avenir une approche prospective où une grille de besoins et une échelle psycho traumatique (mesure standardisée) seraient co remplies par la patiente à l'entrée dans le parcours et à des intervalles réguliers, par exemple tous les 6 mois, afin d'objectiver l'arrêt des violences ou pas.

■ Groupe de parole :

Dès le projet de la création du parcours violence au sein du centre, nous avons pensé à inclure dans les prises en charge des groupes de paroles, connus pour leurs intérêts positifs sur l'état psychologique des patientes. Malheureusement, le nombre insuffisant de création de poste, notamment de psychologue, ne nous a pas permis pour le moment de mettre en place ces groupes, malgré une demande importante des patientes. Une des pistes actuellement étudiée serait un financement de psychologues par le mécénat.

²⁵ Evaluation de la situation des victimes de violences au sein du couple – Ministère de l'intérieur

■ Formation :

La formation continue des professionnels aux violences conjugales reste un élément fondamental dans la qualité des prises en charge. Nous l'avons déjà abordé plus haut dans le cadre d'un nombre certainement insuffisant de rédaction de certificat médical. Continuer à organiser des formations régulières à l'ensemble des professionnels du centre, en plus de développer une expertise à chacun, permet un discours aux patientes homogène et des échanges facilités entre professionnels. Ces formations permettent aussi une dynamique positive en termes de prise d'initiatives des professionnels et une remise en question constructive des pratiques. Nous pouvons compter sur le soutien financier de ces formations ciblées aux violences conjugales étant donné l'engagement de l'APHP à ce sujet.

De plus, des formations par les professionnels de la Maison des Femmes au sein des autres services hospitaliers, doivent se poursuivre pour informer et créer du lien entre les services. Cela aura pour conséquences un meilleur dépistage des violences au sein des services hospitaliers, des orientations adaptées à chaque situation et ainsi, une amélioration des prises en charge.

■ Supervisions et réunions d'équipe :

Dans notre étude, nous avons pu constater que les violences, auxquelles sont confrontées nos patientes, au vu des différents facteurs étudiés, sont graves. Les professionnels, en plus d'être formés, doivent être accompagnés, afin de pouvoir être soutenus face au contenu des consultations difficiles voire dramatiques de certaines situations. Le développement de réunions et de supervisions d'équipe doit devenir une priorité, afin de renforcer la cohésion d'équipe essentielle pour poursuivre le travail dans ce domaine d'activité. Un budget et du temps dédié à ces réunions doivent pouvoir être définis en amont avec la direction de l'établissement.

■ Renforcer les partenariats :

Pour rappel, les demandes de logements, les demandes d'aide à l'insertion professionnelle et les demandes de mise à jour des allocations sont les besoins, qui dans notre étude, n'ont pas été satisfaits dans plus de la moitié des cas. Les partenariats dans ces secteurs d'activité, notamment avec la CAF, les associations spécialisées, les services sociaux de proximité, doivent pouvoir être renforcés pour mieux répondre à ses besoins. Rappelons que le travail en réseau permet d'optimiser les réponses aux besoins des patientes et de faire un relai de proximité en dehors de l'hôpital.

■ Dossier informatisé standardisé :

La mise en place de dossiers informatisés standardisés est actuellement en cours dans les maisons des femmes de l'APHP. Les observations des différents professionnels vont pouvoir être colligées et accessibles facilement tout en garantissant la confidentialité : seuls les professionnels des maisons des femmes pourront avoir accès à ce dossier. Ce dossier informatisé va permettre de faciliter les échanges écrits entre professionnels et ainsi permettre de mieux coordonner les parcours. Ce logiciel devrait également permettre de faciliter la rédaction des rapports d'activité et l'évaluation des pratiques dans le cadre de travaux de recherche.

■ Proposition d'une nouvelle organisation des soins : hospitalisation de jour :

Tout au long de notre étude, nous avons pu constater que l'amélioration de la coordination du parcours de soins est une priorité, afin d'optimiser les prises en charge et de gagner en efficacité. Une organisation en hôpital de jour pourrait contribuer à cette amélioration. L'intérêt pour les patientes serait de rencontrer en une journée plusieurs professionnels. Par exemple, un professionnel du secteur social, un professionnel de santé en soins somatiques (médecin généraliste ou gynécologue ou sage-femme), un professionnel de santé en soins psychiques (psychologue, CCF ou psychiatre) et un juriste. Un staff pluri professionnel permettrait en fin de journée de synthétiser les évaluations et de proposer un parcours de soins personnalisé. Cette organisation aurait aussi pour intérêt une meilleure valorisation financière et permettrait ainsi peut-être la création de poste de psychologue ou psychiatre dont le nombre actuel est insuffisant pour répondre à la demande.

■ Postes partagés CMP – MDF :

Encore une fois, les besoins en santé psychique sont importants et les plus fréquents dans notre étude. Au moment de l'étude, un psychiatre consultait dans le centre. Depuis son départ, il n'a pas été remplacé, ce qui crée de réelles difficultés dans les prises en charge : l'offre de soins en santé psychique ne répond pas à la demande. Une des solutions envisageables serait la création d'un poste partagé CMP – MDF : cela aurait pour intérêt de mieux répondre aux besoins en santé psychique et de faire du lien avec le CMP de secteur. En cas de besoins d'orientation d'une patiente dans le CMP de proximité, ce poste partagé faciliterait les prises en charge.

■ Labellisation des Maisons des Femmes hospitalières :

Les maisons des femmes sont des structures récentes. Leur mode de financement n'est pas encore bien défini ce qui crée des difficultés sur le terrain avec notamment une offre de soins qui ne répond pas à la demande. A l'heure actuel, les professionnels qui travaillent dans les maisons des femmes y travaillent essentiellement à temps partiel. Cela a pour conséquences, comme nous avons pu déjà l'aborder, des problématiques d'organisation de réunion ou de staff pouvant rassembler l'ensemble de l'équipe et donc des conséquences sur la coordination des parcours de soins, mais aussi sur l'implication des professionnels.

De plus et pour rappel, les demandes de logements, les demandes d'aide à l'insertion professionnelle et les demandes de mise à jour des allocations sont les besoins, qui dans notre étude, n'ont pas été satisfaits dans plus de la moitié des cas. Par ailleurs, les besoins en santé psychique sont les besoins les plus fréquents (retrouvés dans 79% des cas).

La création d'un temps supplémentaire de travailleur ou travailleuse sociale et d'un temps supplémentaire de psychologue et psychiatre sont des pistes pour répondre à ses besoins. Une labellisation des maisons des femmes hospitalières pourrait contribuer à reconnaître ces structures, en précisant le nombre minimum et le type de poste à financer pour un bon fonctionnement.

CONCLUSION

La création des maisons des femmes hospitalières, a fait suite au grenelle des violences, dont l'objectif premier était de lutter contre un problème de santé publique majeur : les violences conjugales. Ces dispositifs hospitaliers permettent dans un lieu unique, de répondre à plusieurs besoins d'ordre médico psycho social et juridique, permettant l'améliorer de la coordination du parcours des victimes.

Afin d'évaluer la capacité de ces dispositifs à répondre aux besoins des patientes, nous avons réalisé une étude rétrospective à la maison des femmes de La Pitié Salpêtrière.

Notre étude montre que près de la moitié des femmes ont eu plus de 90% de leurs besoins couverts. Les besoins en santé psychique sont importants et les plus fréquents dans notre étude. La plupart des besoins les plus demandés sont dans plus de la moitié des cas satisfaits notamment : les besoins en santé psychique, en entretien juriste et en santé somatique.

Les besoins qui n'ont pas été satisfaits dans plus de la moitié des cas, concernent : les demandes de logements, l'aide à l'insertion professionnelle et les demandes de mise à jour des allocations.

Pour plus de la moitié des patientes (58%) dont les besoins ont été couverts à plus de 90%, la durée de la prise en charge est supérieure à 6 mois, contre entre 1 jour et 3 mois, pour près de la moitié des femmes de notre étude (41%). La durée de la prise en charge a donc un impact dans la réponse aux besoins des patientes.

Au regard de ces résultats, nous pouvons faire des propositions d'amélioration de nos pratiques professionnelles, notamment en renforçant les partenariats avec la CAF, les associations spécialisées dans le domaine du logement d'urgence et d'aide à l'insertion professionnelle, ainsi qu'avec les services sociaux de proximité. Une organisation en hôpital de jour pourrait contribuer aussi à répondre plus efficacement aux besoins des patientes. Des postes partagés avec des CMP pourraient permettre de mieux répondre au premier besoin exprimé par les patientes dans notre étude : les soins en santé psychique. Enfin, une labellisation des maisons des femmes hospitalières, précisant le nombre minimum et le type de poste à financer pour un bon fonctionnement de ces structures, est également une piste de réflexion.

SOURCES - BIBLIOGRAPHIE

(1) Cours donné par Edouard Durand le 25 Mars 2023 sur « Les violences faites aux femmes Présentation de la problématique » - DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

(2) Un grenelle et des mesures fortes contre les violences conjugales – Gouvernement Septembre 2019

<https://www.gouvernement.fr/actualite/un-grenelle-et-des-mesures-fortes-contre-les-violences-conjugales>

(3) Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple – Recommandation de bonne pratique – Haute Autorité de Santé – Juin 2019

<file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/Rapport%20instances/HAS%20rep%C3%A9rage%20violence%20texte%20long.pdf>

(4) Les écrits professionnels : modèles de certificats médicaux et attestations – Gouvernement – 2020

<https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/les-ecrits-professionnels>

(5) Secret médical et violences au sein du couple - Vade-mecum de la réforme de l'article 226-14 du code pénal – 30 juillet 2020 - Ministère de la justice en partenariat avec la haute autorité de santé et le conseil national de l'Ordre des médecins

[file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/vademecum_secret_violences_conjugales%20\(1\).pdf](file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/vademecum_secret_violences_conjugales%20(1).pdf)

(6) Article 222-33-2-1 du Code Pénal portant sur le harcèlement moral

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042193490

(7) Appel à projet – Dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences – Avril 2021 – Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France

<file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/Rapport%20instances/AAP%20VFF%20ARS%20IDF%20-%20Cahier%20des%20charges%20-%20avril%202021.pdf>

(8) La Prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation – Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) – Mai 2017

<file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/Rapport%20instances/igas%20maison%20des%20femmes.pdf>

(9) Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes – N°19 – Mars 2024 - Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en France en 2022

<file:///C:/Users/User/Downloads/Lettre%20de%20l'obs%20nat%202024.pdf>

(10) Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2022 – Ministère de l'intérieur et des outre-mer

file:///C:/Users/User/Downloads/DAV-RA_morts_violentes-2023_08_10.pdf

(11) Observatoire Parisien des Violences faites aux Femmes – Etat des lieux 2022

<file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/Rapport%20instances/Etat%20des%20lieux%20VFF%202022.pdf>

(12) Cours donné par Ernestine Ronai le 25 mars 2023 – DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

(13) Cours donné par Emmanuelle Piet le 22 avril 2023 – DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

(14) Les répercussions des violences conjugales – Les services de l’Etat dans le Gers – Préfet du Gers – Décembre 2023

<https://www.gers.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Droits-des-femmes-et-egalite/Lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes/Violences-au-sein-du-couple-Guide-pour-les-professionnel.le.s-du-Gers/Les-repercussions-des-violences-conjugales-un-impact-sur-la-totalite-des-membres-de-la-famille>

(15) Cours donné par Muriel Salmona le 21 avril 2023 portant sur Les conséquences psycho traumatiques des violences sexistes et sexuelles – DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

(16) Violences à l’encontre des femmes – Organisation Mondiale de la Santé – Mars 2021

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

(17) Evaluation économique des violences conjugales en France – Santé Publique 2010/4 (Vol. 22), pages 405 à 416 – Sept 2010

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-4-page-405.htm>

(18) Cours donné le 23 février 2024 par Dr Rappaport sur La Prise en charge des enfants co-victimes - DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

(19) Ordonnance de protection – L’essentiel – Ministère de la justice – Nov 2023

<https://www.justice.fr/themes/ordonnance-protection>

(20) Violences Conjugales – Service-Public.fr – Janv 2024

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544>

(21) Le Téléphone Grave Danger – Guide du dispositif de téléprotection des personnes en grave danger – Ministère de la justice, de l’intérieur, des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

<https://www.indre-et-loire.gouv.fr/content/download/13992/103557/file/Guide-Tel%C3%A9phone-Grave-Danger.pdf>

(22) La Mesure d’Accompagnement Protégé – Droit Direct

<https://droitsdirects.fr/fiche/la-mesure-daccompagnement-protége/#>

(23) Cours donné par Ernestine Ronai le 16 Décembre 2023 portant sur « Les Observatoires territoriaux » - DU Violences Faites aux Femmes Université Paris 8

(24) Grille d'évaluation du danger lors d'une audition pour violences conjugales – Centre Hubertine Auclert – Ile de France - Novembre 2019

<file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/Grilles%20%C3%A9valuation/kit-accueil-violences-grille-evaluation-hd.pdf>

(25) Evaluation de la situation des victimes de violences au sein du couple – Ministère de l'intérieur

<file:///F:/travail/M%C3%A9moires/Memoire%20VFF/Biblio/Grilles%20%C3%A9valuation/grille-d-evaluation-du-danger-violences-conjugales.pdf>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1- CONNAISSANCES EN MATIERE DE VIOLENCES CONJUGALES

1-1- Généralités

1-1-1- Statistiques

1-1-2- Formes de violences

1-1-3- Cycle des violences

1-1-4- Stratégie de l'agresseur

1-2- Conséquences

1-2-1- Conséquences économiques et sociales

1-2-2- Conséquences en termes de santé mentale et somatique chez la victime et les enfants co-victimes

1-3- Actions mises en place

1-3-1- Législation

1-3-2- Organisation sur le territoire

1-3-3- Ouverture de maisons des femmes hospitalières

2- ETUDE A LA MAISON DES FEMMES DE L'HOPITAL DE LA PITIE SALPETRIERE

2-1- Objectifs

2-1-1- Objectif principal

2-1-2- Objectifs secondaires

2-2- Patientes et méthodes

2-2-1- Etude rétrospective

2-2-2- Variables en rapport avec les caractéristiques des patientes

2-2-3- Caractéristiques des violences conjugales

2-2-4- Besoins évalués avec la patiente

2-2-5- Description du parcours de soins

2-3- Résultats

2-3-1- Adressage

2-3-2- Caractéristiques des patientes

2-3-3- Caractéristiques des violences conjugales

2-3-4- Besoins évalués avec la patiente

2-3-5- Description du parcours de soins

2-3-6- Pourcentage des besoins couverts

3- DISCUSSION – PERSPECTIVES

3-1- Principaux résultats de cet audit

3-2- Les éléments qui fonctionnent / force de l'étude

3-3- Les difficultés / faiblesses

3-4- Littérature

3-5- Proposition amélioration pratiques professionnelles

CONCLUSION

SOURCES – BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES



Maison des femmes de l'AP-HP CASAVIA

HÔPITAL PITIÉ-SALPÊTRIÈRE
Bâtiment Siredey - 83 bd de l'Hôpital - 75013 Paris



Lundi - Vendredi • 9h - 17h
01 42 17 76 97
casavia.psl@aphp.fr



ACCOMPAGNER

Maison des femmes de l'AP-HP CASAVIA

Hôpital Pitié-Salpêtrière
Bâtiment Siredey

DMU ORIGYNE - AP-HP. Sorbonne Université

Service de gynécologie obstétrique
Pr Marc Dommergues, chef de service

Hôpital
Pitié-Salpêtrière
AP-HP

ASSISTANCE
PUBLIQUE HÔPITAUX
DE PARIS

Lutte contre les violences faites aux femmes	Maison des femmes de l'AP-HP CASAVIA Accompagnement - Autonomie	Santé sexuelle État de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité
Les violences sont fréquentes, touchent tous les milieux. Pour en sortir, on peut en parler.	Travailler non pas pour les personnes mais avec elles.	Pour une approche positive et respectueuse de la vie affective et sexuelle.
Quel que soit le type de violence • Physique • Psychologique • Sexuelle • Économique • Exclusion... Quel que soit le contexte • Couple • Famille • Milieu professionnel • Parcours migratoire • Passé ou actuel... Accompagnement pluri-professionnel Consultations individuelles • Consultations médicales • Aide psychologique • Accompagnement social • Information juridique • Dépôt de plainte dans le service Activités collectives • Ateliers thérapeutiques • Groupes de parole Actions de prévention • Information / Éducation / Formation • À l'hôpital, dans la ville, en ligne • Public varié : scolaires • personnes en situation de handicap • populations migrantes • soignants...	Accueil • Quels que soient l'âge, l'orientation sexuelle, la situation sociale, les besoins de confidentialité • Personnes en situation de handicap Parcours personnalisé • Équipe pluridisciplinaire : gynécologues • médecins généralistes • sages-femmes • psychologues • conseillères conjugales • sexologues • assistantes sociales • juristes • infirmières • aides soignantes • Un professionnel médical référent • Un lieu unique de prise en charge • En urgence ou sur du long terme Actions collectives • Groupes de paroles • Ateliers psychocorporels • Soins socio-esthétiques • Formation auprès des professionnels de santé Partenariats • Intra et extra hospitaliers • Réseau de santé • Juridiques et judiciaires • Associatifs	Suivi gynécologique Sexologie Contraception Interruption volontaire de grossesse • Médicamenteuse (à domicile / en hospitalisation) • Instrumentale (sous anesthésie locale ou générale) Infections sexuellement transmissibles • Prévention • Dépistage • Traitement Éducation à la vie affective et sexuelle • Interventions scolaires • Personnes en situation de handicap • Populations migrantes